FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

N° 435

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Louis-Mathurin-Adrien LEGAL-LASALLE**

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Né le 6 Septembre 1884 à Brest (Finistère)

DES

FIBROMYOMES

DU

COL DE L'UTÉRUS

Président : M. QUÉNU, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY.**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
	WIDAL.
Pathologie médicale	TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	Pierre DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	RETTERER		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE Dr MATHURIN LE GAL LA SALLE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

À MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES

MM. PERRIN DE LA TOUCHE, LE MONIET, FOLLET, BODIN, VÉRON, LE DAMANY, LAUTIER, ASSICOT, CASTEX, HARDOUIN.

À MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

1907-1908. M. le Dr MICHAUX.
1908-1909. M. le Dr TOUPET (*in memoriam*).
1909-1910. M. le Professeur agrégé MÉRY.

Internat

1910-1911. M. le Professeur agrégé REYNIER.
1911-1912. M. le Dr MICHAUX.
1912-1913. M. le Professeur HARTMANN.
1913-1914. M. le Professeur QUÉNU.

MM. le Professeur agrégés LECÈNE, A. SCHWARTZ, OKNICZYC, MOCQUOT, RATHERY, CHEVASSU

MM. les Drs GUIBÉ, CHIOLIAU, WIART, MATHIEU, COURCOUX, SAUVÉ, HOUDART, KUSS.

DES FIBROMYOMES

DU

COL DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

Introduction.— Historique.

Au cours de l'année 1913 nous avons eu l'occasion d'aider notre maître, M. le Professeur Quénu, à opérer une malade atteinte d'un volumineux fibrome du col utérin. La tumeur ne se laissait pas extérioriser et masquait par sa large base étalée la cavité pelvienne. Le Professeur Quénu incisa alors la paroi utérine sur le fibrome, l'énucléa rapidement, et l'opération put être terminée aussi simplement, aussi régulièrement que pour une tumeur fibreuse du corps sans adhérences. Nous avons été frappés de la facilité de ce procédé, qui permit d'enlever rapidement et sans risques une tumeur dont l'ablation s'annonçait longue et périlleuse.

Telle est l'origine de ce travail ; et, sur les conseils de notre maître nous avons essayé de décrire ici les fibromyomes du col de l'utérus.

Si de nombreuses observations sont éparses dans la littérature médicale française, il ne nous semble pas qu'aucun travail d'ensemble sur ces fibromes du col, — ou plutôt sur les fibromes du col et de la partie adjacente du corps, à développement pelvien, qui feront le sujet de cette étude — y ait jamais été publié.

Dans les traités classiques de chirurgie ou de gynécologie que nous avons consultés, ou en parle peu ou pas. Pozzi leur accorde quelques lignes ; Schwartz et Hepp, dans le traité de Ledentu-Delbet, leur consacrent quelques pages. Nous ne trouvons guère que deux ouvrages qui s'occupent d'un point particulier dans l'histoire de ces tumeurs : la thèse de Chahbazian qui en 1882 étudie leurs rapports avec la grossesse, et l'article du Professeur Legueu sur leurs complications urinaires dans le *Journal d'Urologie* de 1912.

Nous avons été plus heureux dans la littérature étrangère. Tridondani en 1900, dans les *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, publie sur ces tumeurs un intéressant article ; mais, dans l'importante bibliographie qui lui fait suite, nous ne trouvons indiqué aucun travail d'ensemble sur la question. Schauta en 1905 étudie dans l'*Allgemein Wiener Medizinische Zeitung* les fibromes du col rétrovésicaux et en rapporte de nombreuses observations. En 1907 Haultain dans le *Edinburg médical Journal* analyse les cas qu'il lui a été donné d'observer.

Tout récemment, en 1914, Schickele de Strasbourg, reprend cette étude dans le *Zeitschrift für Geburtschulfe und Gynäkologie* en y apportant l'appoint de ses propres observations.

CHAPITRE II

Définition.

Le col de l'utérus peut donner naissance à des fibromyomes dans toutes ses parties ; mais ces fibromes ne donnent pas lieu aux mêmes symptômes, ne se traduisent pas par les mêmes difficultés opératoires suivant le lieu de leur origine et surtout suivant le sens de leur développement.

Il existe dans le tissu du col utérin, de petites tumeurs fibreuses du volume d'une bille, ou moins, qui, enchassées dans la paroi musculaire de l'organe, à distance de la muqueuse, ne donneront lieu à aucun symptôme si elles existent seules. Ce ne sont pas ces tumeurs, trouvailles d'opération ou d'autopsie, que nous aurons en vue ici. Schickele estime que pour donner lieu à des symptômes, ces tumeurs doivent avoir au moins le volume d'une petite pomme. Tarnier déclare que pour gêner un accouchement il faut qu'elles aient au moins le volume d'un œuf de poule.

Ces évaluations sont d'ailleurs arbitraires ; et, comme on le voit dans nos observations, il existe de petites

tumeurs du col à symptomatologie bruyante, tandis que des fibromes volumineux restent parfois latents et que la tumeur n'est découverte que par hasard, au cours d'un examen fortuit. Rappelons à cet égard le cas rapporté par P. Ruge (cité par Tridondani) où un fibrome cervical, existant chez une jeune fille de 22 ans, n'avait donné lieu à quelques symptômes qu'une vingtaine de jours avant la consultation. Et cette tumeur enlevée pesait 2 kgr. 750 !

Nous n'étudierons ici que les myomes du col ayant acquis un certain volume, laissant complètement de côté les nodules fibreux.

Ces tumeurs fibreuses peuvent, sans préjudice de leur point d'origine, avoir une évolution, une direction d'accroissement variable.

Les unes naissent aux dépens des lèvres du museau de tanche et se développent uniquement dans le vagin, qu'elles soient reliées au col par un mince pédicule ou par une large base d'implantation, ce seront des *polypes fibreux* à évolution vaginale, susceptibles d'acquérir parfois un volume considérable.

D'autres naîtront sous la muqueuse du conduit cervical, feront saillie dans sa cavité, puis, se pédiculisant, s'accoucheront à travers l'orifice externe du col. Il y aura là une deuxième variété de fibrome du col à évolution vaginale.

D'autres fibromes du col se dévoloppent au-dessus de l'insertion du vagin. Ce sont les fibromes supravaginaux, et s'isolent plus ou moins par un pédicule de la surface de l'utérus. Nous verrons plus loin que les

fibromes pédiculés sont très rares à ce niveau, à l'inverse de ce qui existe pour le corps. Mais ce qui les différencie essentiellement des tumeurs précédentes, c'est qu'au lieu de descendre dans le vagin, *ils évolueront autour du col utérin, dans la cavité pelvienne.*

Une autre variété de fibrome appartient à la classe des fibromes interstitiels. Ceux-ci ne tendent plus à s'énucléer, à s'isoler en quelque sorte du tissu utérin ; ils progressent au contraire dans ce tissu lui-même, l'écartant méthodiquement de tous côtés, faisant corps avec l'organe. Que ces fibromes se développent au début dans le segment sus-vaginal, vaginal ou inter-vaginal du col, le résultat sera le même. Peu à peu, au fur et à mesure que leur développement s'accroit, ils finissent par former une tumeur envahissant toute une portion, toute une face, tout un bord du col, et le résultat de cet accroissement sera, là encore, une tumeur fibreuse pelvienne.

Au cours de leur développement ces tumeurs pourront même envahir l'isthme utérin, le dépasser, pénétrer dans la partie inférieure du corps. De même des tumeurs nées au niveau de l'isthme pourront également venir faire saillie dans le col et en dédoubler les parois ; bien que, d'après Pozzi, les fibromes nés aux dépens du corps utérin ne puissent qu'exceptionnellement envahir le col et en infiltrer les parois.

On pourrait donc être tenté de considérer des fibromes *primitifs* du col et des fibromes *secondaires*. Mais cette distinction est difficile à faire, car, s'il existe des fibromes du col seul, et du corps seul, il est difficile de savoir, quand un fibrome empiète sur ces deux régions, s'il

est né dans l'une ou dans l'autre. Schauta fait aussi remarquer qu'il existe des fibromes qui occupent toute une paroi de l'utérus, depuis l'extrémité vaginale jusqu'au fond de l'organe, et notre observation LXXIV est un bel exemple de ce cas : Le fibrome de la lèvre antérieure du col s'étend à toute la paroi antérieure de l'utérus, il a repoussé en haut et en arrière ce qui reste du corps utérin. Où, dans une telle pièce, placer l'origine du fibrome ?

Il est donc impossible d'isoler ces deux sortes de tumeurs, celles du col proprement dit, et celles de la partie toute inférieure du corps utérin, à développement inférieur. Sans doute quelques différences peuvent se manifester, particulièrement en ce qui concerne les déplacements des organes voisins, mais cela ne suffit pas pour en faire deux classes distinctes.

Souvent, dans ces tumeurs volumineuses et bosselées, il est impossible de reconnaître où commence le corps, où s'arrête le col. Nous ne devons d'ailleurs pas oublier que les rapports de la portion toute inférieure du corps et du col sont les mêmes, que nous les considérions en arrière où le péritoine les revêt également, en avant où le tissu cellulaire les sépare de la vessie, sur les côtés où ils sont en rapports avec le bord du ligament large. Et nous verrons que ce sont justement ces rapports qui impriment aux fibromes du col leurs caractères particuliers.

Nous laisserons donc de côté dans cette étude les fibromes du col à évolution vaginale, qu'ils naissent sur les lèvres du museau de tanche ou dans la cavité cer-

vicale. « Les seuls qui méritent une mention spéciale, sont ceux qui naissent de la surface externe de cette région (supravaginale du col) et se trouvent ainsi d'emblée, dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau d'interstices nombreux où ils peuvent se glisser et se développer, tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent, ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas, pour se mettre en rapport immédiat avec la paroi postérieure du vagin et le rectum. Ils débordent souvent sur les côtés entre les deux feuillets du ligament large qu'ils dédoublent, constituant ainsi une des variétés les plus graves des corps fibreux intraligamentaires. Ils peuvent même dépasser cette région, cheminer en avant, entre la vessie et l'utérus, et pousser des prolongements jusque dans le mésocôlon iliaque. Emprisonnés à leur point de départ même, dans l'enceinte inextensible du petit bassin, ils sont l'origine d'accidents de compression les plus redoutables. J'ai proposé de les appeler corps fibreux pelviens » (Pozzi).

Ce sont des fibromes pelviens que nous étudierons ici. Mais il nous faut ajouter à ces tumeurs, nées aux dépens de la portion sus-vaginale du col, *celles qui naissent de la portion intravaginale* pour présenter un développement pelvien, et celles qui naissant *de l'isthme et de la portion adjacente du corps utérin*, présentent également un développement pelvien analogue à celui des précédentes.

En outre, il nous faut faire remarquer, que ces

fibromes à origine pelvienne peuvent en s'accroissant d'une façon considérable, faire saillie dans la cavité abdominale et donner lieu à de véritables tumeurs abdomino-pelviennes susceptibles de se traduire par les mêmes troubles, les mêmes difficultés opératoires que les tumeurs fibreuses uniquement pelviennes.

CHAPITRE III

Etiologie. Pathogénie.

Les fibromes se développent moins souvent dans le col que dans le corps de l'utérus. Winckel affirme n'avoir jamais trouvé de fibrome primitif du col, ni sur le cadavre, ni sur le vivant. Nous avons vu quel cas il faut faire de cette division en primitif et secondaire. Amann le dit rarissime. Pour Schrœder, on rencontrerait 8 tumeurs fibreuses du col pour 100 du corps. Selon Fehlin, 5 à 8 °/₀. D'après l'article de Schwartz et Hepp dans le traité de Ledentu-Delbet, on trouverait 1 fibrome du col pour 5 du corps. Dans le traité de Safford Lee (*On the tumours of the utérus*), sur 74 fibromes, 4 viennent du col utérin, soit 5, 4 °/₀. Courty sur 131 fibromes en trouve 21 développés dans le col, soit 15 °/₀. Dans la thèse d'agrégation de Guyon (*in* Turner), sur 132 tumeurs fibreuses de l'utérus, 21 viennent du col, soit 15 °/₀. Sims, dans sa *Chirurgie utérine*, sur 119 cas de fibromes, en trouve 2 au niveau du col, soit seulement 1,6 °/₀. Haultain sur 260 fibromes opérés, en trouve 30, soit 11,5 °/₀ au niveau du col, et encore se considère-t-il comme particulièrement favorisé à cet égard dans sa pratique

personnelle. Sutton, faisant porter sa statistique sur 500 cas, trouve que le fibrome du col existe dans 5 °/₀ et encore semble-t-il qu'il y fasse rentrer des fibromes pédiculés du col à évolution vaginale. En faisant la statistique des fibromes opérés dans le service du Professeur Quénu depuis le mois d'octobre 1896 au mois de mai 1914, nous trouvons sur un total de 332 fibromes, 26 fibromes du col, auxquels il faut rattacher 2 fibromes développés aux dépens de la partie antérieure de l'isthme, soit une proportion de 8,3 °/₀.

En somme, en réunissant ces différentes statistiques, nous arrivons à un total de 1.549 cas, avec 131 fibromes du col, soit 8,5 °/₀, chiffre sensiblement identique à celui indiqué dans notre statistique, et très sensiblement inférieur à celui indiqué par Schwartz et Hepp.

Ces tumeurs fibreuses du col utérin ne sont donc pas très communes eu égard à la fréquence considérable des fibromes du corps de l'organe. Il faut faire remarquer également qu'il s'agit uniquement de fibromes opérés et qu'il faut tenir compte de ce fait que bien des tumeurs fibreuses du corps utérin ne nécessitent pas l'intervention, alors que la plupart des fibromes du col, se traduisent à un moment quelconque de leur évolution par des accidents qui nécessitent leur ablation.

Quelle est la raison de cette rareté relative des fibromes du col utérin ? Ici on en est réduit à des hypothèses, comme pour l'origine des fibromes en général. Si certaines de ces théories appliquées au col cadrent avec la moindre fréquence de ses fibromes, d'autres au contraire sont en complet désaccord.

Des recherches déjà anciennes de Lebert, de Virchow, de Rokitansky, veulent que le fibrome utérin soit constitué essentiellement par du tissu musculaire auquel s'adjoint, en proportion variable, du tissu conjonctif. Tridondani, plus récemment, fait sienne cette théorie, et déclare que la tumeur commence par être un myome pur avant d'être un fibromyome. Ceci pourrait nous expliquer en partie la rareté de ces tumeurs dans le col.

La structure du col utérin est encore à l'étude, mais des recherches récentes modifient nettement sur ce point les données classiques.

Pour les classiques, le col était entièrement formé de fibres musculaires avec quelques fibres élastiques, que ce soit, comme pour Waldeyer, une couche circulaire moyenne plus épaisse, formant au niveau des lèvres le sphincter externe du col, et revêtue tant en dedans qu'en dehors, par une couche mince de fibres longitudinales ; que ce soit au contraire pour Kieffer la musculature vaginale qui fournisse la majeure partie des fibres du col.

Les auteurs plus récents, Acconci, Dittel, Duhrsen, Bayer, Fieux, Frarier ont une opinion toute autre et considèrent au contraire le col utérin comme formé en grande partie de tissu conjonctif.

D'après Fieux, les éléments conjonctifs entrent pour une part considérable dans la structure du col. Le segment susvaginal, serait formé dans sa partie externe par des faisceaux lisses, qui sont pour la plupart circulaires avec quelques faisceaux longitudinaux, mais dont la majeure partie va se perdre dans le vagin. La partie

interne serait constituée par des faisceaux conjonctifs assez serrés, entre-croisés en tous sens.

Le segment intravaginal ne contient plus trace de faisceaux musculaires ; « il n'y a sous la couche épithéliale que le tissu conjonctif dont les faisceaux s'entrecroisent et entourent quelques vaisseaux de calibre moyen. En plein cœur du museau de tanche, rien encore que du tissu conjonctif qui se continue, sans mélange de faisceaux contractiles, jusqu'au niveau de la muqueuse intra-cervicale » (Fieux).

Pour Bayer les éléments conjonctifs se disposent en lames longitudinales.

Nous voyons donc que pour ces auteurs, le col contient beaucoup moins de fibres musculaires que le corps utérin et que ces faits cadreraient assez bien avec la théorie qui fait des fibromyomes un production initiale des fibres musculaires. Cependant nous ne devons pas oublier que cette structure du col est encore à l'étude et que d'autres auteurs récents, comme Frarier, décrivent dans le col de nombreuses fibres musculaires longitudinales, et que, pour Iwanof, il lui viendrait de nombreux éléments musculaires, aussi bien des parois antérieure et postérieure de l'utérus, que d'une lame musculaire qui naîtrait du fond du petit bassin et qu'il appelle *Musculus retrouterinus fasciae pelvis*.

La théorie de Conheim, qui voit dans les fibromyomes des productions des canaux de Wolf ou de Gartner, ne nous explique en aucune façon la différence de fréquence. Les opinions de Fehling qui incrimine l'évolution incomplète de l'utérus, de Prochownick qui

accuse la syphilis, outre les objections générales que l'on peut leur faire, ne nous expliquent pas davantage cette différence.

Pour Gottschalk, Kieffer, Krebs, Pillet, les fibromes se développent autour des vaisseaux. Pour les uns il s'agit d'hypertrophie du tissu utérin autour du vaisseau, pour d'autres d'une hyperplasie des éléments musculaires de la paroi du vaisseau lui-même.

Dans le col utérin les vaisseaux sont moins abondants que dans le corps. Comme le disait Farabeuf: « le corps est pénétré de ses artères, tandis que le col en est entouré. » Il semblerait donc que le col moins vasculaire devrait donner naissance moins souvent à des fibromes. Mais si nous étudions ces artères elles-mêmes nous voyons que leurs parois sont particulièrement épaisses, plus épaisses que celles des artères du corps utérin, condition favorable, semblerait-il, à la naissance à leur niveau de tumeurs fibromusculaires. Donc, ici encore, la théorie cadre mal avec la rareté des fibromes dans le col.

On a aussi invoqué comme cause des fibromes l'infection. C'est l'opinion de Schwartz et Hepp. C'est celle de Claisse. Elle n'explique en rien la rareté des fibromes dans le col qui, de par sa situation, est plus exposé à l'infection que le corps et devrait alors donner naissance à un nombre considérable de fibromyomes.

Bref, de toutes ces hypothèses, aucune ne nous donne une explication satisfaisante. Et nous restons en présence d'un fait certain : la moindre présence des fibromyomes dans le col utérin. Mais, si nous considérons le col lui-

même, nous verrons que les fibromes sont moins fréquents dans sa partie inférieure que dans sa partie supérieure, dans son segment intravaginal, que dans son segment supravaginal. De sorte que si nous considérons la topographie des fibromyomes dans l'utérus nous pouvons dire que ces tumeurs vont diminuant de fréquence, segment par segment, depuis le corps de l'organe où elles sont très communes jusqu'à la portion intravaginale du col où elles sont infiniment plus rares.

Les autres conditions étiologiques sont celles de tous les fibromes et ici les considérations de virginité, de célibat, de stérilité se retrouveront.

L'âge auquel on les observe est des plus variable. Dans les observations que nous avons réunies nous trouvons comme extrêmes 22 ans et 67 ans. Mais, comme pour les fibromes en général, le maximum va de 35 à 50 ans. Tridondani dans sa statistique sur les fibromes du col trouve que sur 38 cas il existe seulement deux cas avant 30 ans et deux après 50 ; la moyenne semble être 42 ans.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique.

Il doit être absolument exceptionnel, et en tous cas nous n'en trouvons aucun exemple dans nos observations de rencontrer une tumeur fibreuse ayant envahi tout le col utérin. Le plus souvent leur développement prédomine dans une région du col, paroi postérieure, antérieure, latérale, sans jamais envahir tout le pourtour du col. Sans doute, bien que ces faits ne soient pas fréquents, il peut y avoir d'autres noyaux, moins volumineux, développés en un autre point du col ; mais il reste toujours un segment de tissu cervical indemne de formation néoplasique ; en un mot ces tumeurs, à noyau unique ou multiples, ne sont qu'exceptionnellement circulaires.

Si, au lieu de considérer le col dans un plan transversal, nous l'étudions suivant sa longueur, nous voyons que s'il existe des fibromyomes développés dans toute la hauteur du col, souvent aussi ils n'intéressent qu'un segment de l'organe, la tumeur s'étant écartée du tissu utérin, ou ayant progressé plus dans le sens transversal que dans le sens vertical.

Aussi Haultain a proposé de diviser comme suit les fibromes du col. Reprenant la division du col utérin de Schrœder, il le sépare en trois portions par deux lignes perpendiculaires à l'axe du col et passant, l'inférieure par la limite inférieure de l'insertion vaginale antérieure, la supérieure par la limite supérieure de l'insertion de la paroi vaginale postérieure sur le col. Le col se trouve ainsi divisé en trois segments, l'inférieur au-dessous de la ligne supérieure est la *portion vaginale*; le supérieur au-dessus de la ligne supérieure est le *segment sus-vaginal* ; le moyen entre les deux lignes est le *segment inter-vaginal*. Ce dernier segment par suite de la direction de l'insertion vaginale déborde un peu en arrière sur la partie vaginale proprement dite du col et en avant sur la partie supra-vaginale.

Se basant sur cette division, il étudie ses cas personnels et trouve et pour les tumeurs supra-vaginales 7 cas; pour les tumeurs à la fois supra-vaginales et inter-vaginales 6 cas, et pour les tumeurs à la fois supra, inter et intra-vaginales 12 cas. Enfin 7 cas de fibromes du col s'accompagnaient de fibromes du corps utérin. Mais il ne signale pas un seul cas de fibrome développé uniquement dans la portion intra-vaginale du col. Ceci s'explique par leur rareté que nous avons déjà indiquée et d'autre part par ce fait que ces fibromes se développent rarement comme des tumeurs interstitielles élargissant le col et se comportant en somme comme des tumeurs pelviennes, mais au contraire progressent par en bas, formant des polypes fibreux pédiculés ou sessiles.

Mais il existe une autre variété de tumeurs dont Haul-

tain ne parle pas, qui ne sont pas à proprement parler des tumeurs du col, mais que pour des raisons que nous avons déjà invoquées on doit étudier en même temps qu'elles, ce sont celles qui se développent dans la partie toute inférieure du corps utérin, à l'union du corps et du col, dans l'isthme. Ces fibromes isthmiques ne sont pas très fréquents. Sur les 28 cas opérés dans le Service du Professeur Quénu nous en trouvons 3 au niveau de l'isthme. D'autre part, Guyon dans sa statistique de 132 fibromes en signale 5 nés à l'union du corps et du col.

Si nous pouvons garder la division de Haultain pour l'étude de la tumeur fibreuse du col en elle-même, nous sommes obligés, pour étudier ses rapports avec les autres organes du petit bassin et son développement, d'adopter une autre division, basée non plus sur la hauteur de son origine, mais sur la face utérine sur laquelle elle naît. Sans doute, son point d'origine ne lui imprime pas forcément une physionomie spéciale, car elle peut progresser autour du col et un fibrome postérieur peut très bien venir envahir les ligaments larges ; mais cependant, dans bien des cas la tumeur, du seul fait d'être antérieure, postérieure ou latérale, verra s'ouvrir devant elle une zone d'accroissement qu'elle suivra plus volontiers.

Les fibromes de la face postérieure du col sont parmi les plus fréquents. Schickele dans les 14 observations qui font la base de son travail n'en décrit que 4 venant de la lèvre antérieure. Schauta inversement rapporte de nombreux exemples de fibromes cervicaux

rétrovésicaux. Haultain nous indique 15 fibromes venant de la face postérieure contre 10 de la face antérieure. Dans l'ensemble des observations que nous avons recueillies, nous voyons que dans 20 cas l'origine indiquée est antérieure et que dans 19 cas elle est postérieure. Mais il est juste de dire que dans beaucoup d'observations l'origine du fibrome n'est pas précisée.

Schwartz et Hepp divisent les fibromes de la paroi postérieure du col en deux catégories, suivant qu'ils naissent au-dessus ou au-dessous de l'insertion sur le col des ligaments utérosacrés. Ces ligaments naissent sur le col utérin assez haut, en dessous de l'isthme et se réunissent à ce niveau en arrière du col pour former un petit repli, le ligament de J.-L. Petit, appelé encore par Krause torus utérinus.

D'après Schwartz et Hepp les fibromyomes qui naissent au-dessus des ligaments se recouvriraient du péritoine qui revêt la face postérieure du col et se développeraient dans le cul-de-sac de Douglas. Ils le rempliraient plus ou moins complètement, et à mesure de leur augmentation de volume se développeraient dans la concavité sacrée, sous le promontoire qui pourrait arrêter leur développement en les obligeant à rester dans le bassin. Ou bien au contraire, la tumeur quittant la cavité pelvienne arriverait à franchir le détroit supérieur pour se développer facilement dans l'abdomen.

Les fibromes naissant aux dépens de la portion du col sous-jacente aux ligaments utéro-sacrés, auraient au contraire une certaine tendance à évoluer inférieurement à glisser sous le péritoine, à s'insinuer entre le

vagin et le rectum, et écartant le tissu cellulaire pelvien, à acquérir une situation périnéale. Cette variété de fibromes postérieurs du col est d'ailleurs beaucoup moins fréquente que la première et nous n'en trouvons qu'un petit nombre d'observations.

Les tumeurs à développement antérieur peuvent également présenter deux variétés, décrites par Lejars. Les unes, de beaucoup les plus fréquentes, sont des tumeurs sessiles, des fibromes en nappe, faisant corps avec le reste de l'utérus. Les autres sont des tumeurs pédiculées rattachées à la face antérieure du col, qui pendant un certain temps restent mobiles entre l'utérus et la vessie, mais qui finissent par s'immobiliser quand elles ont acquis un certain volume. Cette deuxième variété est beaucoup plus rare et nous n'en trouvons que deux exemples. Dans une observation du professeur Lejars la tumeur s'implantait sur le devant du col immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, par une portion retrécie, un vrai pédicule du diamètre de deux doigts (observation XXII) Dans la thèse d'Izard c'était un fibrome antérieur pédiculé, suppuré (Obs. XLIX).

Les fibromes latéraux du col et de l'isthme constituent un groupe particulièrement important de tumeurs de l'organe. Ils se trouvent en effet en rapport avec le bord interne du ligament large, et pour peu que ses fibromes tendent à subir un accroissement excentrique par rapport à l'utérus, ils vont pénétrer dans l'intérieur du ligament large, en dédoubler les feuillets et donner naissance à un fibrome intraligamentaire. Le bord de

l'utérus, la corne utérine peuvent aussi donner lieu à des fibromes intraligamentaires ; mais, comme le fait remarquer le professeur Pozzi, les plus fréquents sont ceux développés aux dépens des parties latérales du col et de l'isthme. Ce sont eux d'ailleurs qui constituent les fibromes intraligamentaires pelviens. Nous pouvons également les diviser en deux catégories. Les uns naissent au-dessus de la ligne de croisement du col par l'uretère. Ils pourront déplacer cet organe, mais en général ils se développent au-dessus de lui et ne modifieront pas beaucoup ses rapports se contentant de l'écarter par leur masse. Les autres naissent au-dessous de l'uretère, et ce sont ces derniers qui, comme nous le verrons, déplaceront considérablement cet organe, l'exposant à être blessé au cours de l'intervention.

Anatomie des fibromyomes du col. — L'aspect macroscopique de ces tumeurs ne diffère pas de celui des fibromyomes en général. Comme nous l'avons déjà vu, ils peuvent être reliés au col par un pédicule plus ou moins volumineux ; mais cependant, si nous en exceptons certains fibromes développés dans la base des ligaments larges, cette disposition est rare. Nous n'en trouvons que deux cas pour les fibromes antérieurs et pour les postérieurs nous ne voyons pas une seule de nos observations où cette disposition soit indiquée.

Le plus souvent ces fibromes sont sessiles, faisant absolument corps avec le col, l'isthme et le corps utérin. Tels étaient les deux cas que nous avons observés, tels sont également les faits rapportés dans la plupart de nos observations où ces fibromes sont interstitiels.

Quant aux fibromes sous-muqueux, nous avons vu qu'ils se transformaient rapidement en polypes fibreux. Cependant il y a des cas où il existe un volumineux fibrome du col sous-muqueux distendant le col et la partie supérieure du vagin.

Les fibromes du col sont souvent des *tumeurs à un seul noyau,* des tumeurs simples, mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Sur les 14 observations de Schickele nous trouvons 6 cas de tumeurs à noyaux multiples. Sur les deux cas que nous avons observés cette année, l'un était une tumeur à noyaux multiples, l'autre un volumineux fibrome unique. Cette disposition a une certaine importance au point de vue opératoire. La tumeur unique a *des parois lisses, faciles à isoler,* la tumeur multiple au contraire, *bosselée, irrégulière* aura des rapports beaucoup plus *anormaux* avec les organes voisins. En outre les tumeurs simples seront beaucoup plus facilement enucléables.

Le poids de ces tumeurs est des plus variable. Elles peuvent devenir énormes comme cette tumeur enlevée par le professeur Legueu qui pesait 7 kilogrammes (obs. XXXVI).

Leur aspect varie selon qu'il s'agit d'un fibromyome à développement uniquement intravaginal, ou au contraire ayant envahi la partie intravaginale du col.

Dans le premier cas on est en présence d'une tumeur qui déforme la partie inférieure de l'utérus, et repousse en haut le corps utérin plus ou moins altéré. S'il s'agit d'une tumeur développée aux dépens de la paroi postérieure du col, le corps utérin est repoussé en haut et

en avant. Mais ces tumeurs postérieures sont rarement médianes, presque toujours elles sont plus développées d'un côté et le corps utérin est repoussé du côté opposé.

Si la tumeur est très volumineuse elle peut envahir la paroi utérine, c'est ce qui s'est produit dans notre observation LXXIV. Dans ce cas le corps utérin est comme étalé à la surface de la tumeur dont il ne se dégage que par une de ses faces.

Si la tumeur se développe dans la paroi antérieure du col, elle n'acquiert généralement pas un volume aussi considérable. Elle est plus souvent bosselée que les tumeurs postérieures. Souvent dans ce cas, et surtout quand le fibrome est uniquement pelvien le corps utérin est repoussé et en rétroversion.

Les fibromes latéraux ne présentent rien de spécial. Il dévient le corps utérin du côté opposé à leur développement. Quand ils se développent dans les deux ligaments larges, il s'agit en général de fibromes cervicaux postérieurs, le corps utérin reste sur la ligne médiane, reporté au sommet de la tumeur.

Dans tous ces cas de fibromes à développement uniquement supravaginal, le col utérin n'est pas modifié dans sa forme. On le trouve accolé au pôle inférieur de la tumeur. Seuls ses rapports changent, les tumeurs postérieures le repoussent vers la symphyse, les tumeurs antérieures dans le Douglas.

Il n'en est plus de même quand le fibrome a envahi le col. Dans ce cas une de ses lèvres est fortement développée formant une masse plus ou moins irrégulière. L'autre lèvre est étirée, amincie, réduite à un simple

bourrelet qui fait à peine saillie à la surface de la tumeur et que le doigt à peine à reconnaître. Entre les deux lèvres on trouve une fente transversale qui représente l'orifice du col. Cette fente est assez large, dans la plupart des cas, pour admettre un ou deux doigts. Mais elle ne reste pas toujours aussi régulière, la lèvre hypertrophiée venant faire saillie dans sa cavité lui donne une forme en croissant.

D'autres fois la tumeur s'est tellement développée qu'on ne reconnaît plus le col et on trouve en un point quelconque, excentrique, une dépression qui représente l'orifice externe. C'est ce qui existait dans notre observation où on trouvait au fond du cul-de-sac postérieur une vague dépression.

La cavité utérine est souvent augmentée de longueur. C'est ce qui résulte de la plupart des observations, mais cette cavité qui est augmentée surtout aux dépens du canal cervical est souvent difficile à cathétériser. Elle estdéformée par la saillie du fibrome et peut même être complètement oblitérée comme dans le cas que rapporte Schickele où cette oblitération avait donné lieu à une hématométrie ou dans dans le cas de Levison (obs. XLVIII).

La *structure* de ces fibromes du col ne nous présente rien de spécial. On a noté cependant qu'ils seraient plus durs, plus blancs que les fibrômes du corps par suite de leur plus grande richesse en tissu conjonctif. En outre ils seraient peu vasculaires, et Tridondani signale seulement deux cas de Noto dans lesquels des fibromes du col qui s'étaient traduits par de violentes

hémorragies étaient parcourues par un réseau veineux extrêmement abondant et dilaté.

Un autre caractère sur lequel s'accordent les auteurs, c'est la *présence d'une capsule* ou du moins d'un *plan de clivage* entre le fibrome et le tissu utérin avoisinant Tridondani, Schauta la décrivent; elle serait plus constante que pour les fibromes du corps. Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur cette *coque* des fibromes, il n'en est pas moins vrai que cet isolement relatif du tissu utérin a une grosse importance et facilite grandement l'énucléation de ces tumeurs.

Les lésions de la muqueuse sont ici les mêmes que dans les fibromes en général, et, dans les trois cas qu'il a étudiés, Tridondani signale une hypertrophie de la muqueuse qui serait plus vascularisée. Cependant ces altérations seraient ici moins accusées que dans les fibromes du corps en général, les fibromes du col évoluant presque toujours à distance de la muqueuse intracervicale.

Dégénérescences. — Les fibromes du col peuvent subir toutes les dégénérescences des corps fibreux. Il semblerait même que leur situation dans le bassin inextensible, leur faible vascularisation les prédisposat à toutes les dégénérescences. Nous en trouvons en effet quelques exemples.

Des fibromes kystiques du col ont été décrits par Diesterweg et Grammatikati. Haultain sur les 30 cas qu'il a opérés, note que deux fibromes présentaient de l'œdème et de la gangrène. Dans notre observation LXVI le fibrome contenait des cavités pleines de pus.

La suppuration existait dans le cas de fibrome pédicule rétrovésical rapporté dans la thèse d'Izard (obs. LXIX).

Colles décrit un cas de dégénérescence sarcomateuse dans un fibrome du col enlevé par morcellement. Rubeska rapporte une observation (obs. LI) où un épithélioma s'est développé sur un col qui portait un myome et qui avait déjà subi, cinq ans avant, une énucléation pour une tumeur analogue.

Pendant la grossesse ces tumeurs peuvent subir les mêmes modifications que les tumeurs du corps, augmentation de volume, œdème. Mais ces modifications seraient moins marquées et plus tardives que pour les fibromes du corps.

Rapports avec les organes voisins. — Les fibromes du col peuvent évoluer sur place, rester pelviens et envahir tout ou partie de la cavité pelvienne. Ils restent alors dans cette situation et présentent des rapports importants avec les organes contenus dans cette cavité. Dans d'autres cas ils sortent du petit bassin et évoluent vers l'abdomen, ils peuvent quitter leurs rapports pelviens ou au contraire les conserver, surtout quand il s'agit de tumeurs volumineuses et multilobées. Enfin dans des cas exceptionnels leur développement est tel qu'ils adhèrent à la ceinture pelvienne.

PÉRITOINE. — Les rapports avec le péritoine doivent être étudiés séparément dans les fibromes antérieurs, postérieurs et latéraux.

En arrière, le péritoine recouvre toute la partie supra-vaginale du col et le tiers supérieur du vagin. Les fibromes qui naissent de cette région sont donc immédiatement

en rapports avec le péritoine. Certains, ceux à développement inférieur glissent sous ce péritoine et finissent par gagner la cloison rectovaginale. Ils deviennent alors extra-péritonéaux et se développent dans le périnée. Les autres, les plus nombreux, se coiffent du péritoine et le distendent. Ils se développent alors vers la cavité abdominale offrant les plus grandes analogies avec les fibromes du corps utérin. Mais ils peuvent au cours de leur développement envoyer des prolongements pelviens qui soulèvent le péritoine du Douglas, comblent le cul-de-sac et deviennent également rétropéritonéaux. Tous ces fibromes postérieurs modifient peu le péritoine antérieur. Tout au plus quand ils sont très volumineux, soulèvent-ils un peu le cul-de-sac vésico-utérin.

Tout autres sont les rapports péritonéaux des fibromes à développement antérieur. La ligne de réflexion n'atteint pas normalement l'isthme utérin, il se réfléchit un peu au-dessus de lui. Cependant, dans certains cas bien indiqués par Sappey et en particuler chez les multipares il peut atteindre la partie moyenne et même la partie inférieure du col.

Néanmoins, dans la grande majorité des cas, les fibromes nés de la paroi antérieure ne rencontrent pas immédiatement le péritoine mais du tissu cellulaire dans lequel ils vont se développer entre le col et la vessie. Ce n'est qu'en augmentant de volume qu'ils vont repousser le péritoine. Ils soulèvent le cul-de-sac vésico-utérin qui finit presque par disparaître et le péritoine passe presque directement de la paroi abdominale antérieure sur la face antérieure du fibrome. Il

forme, après avoir tapissé une toute petite partie de la vessie étalée derrière la paroi, un véritable cul-de-sac inter-fibro-pariétal qui remplace les cul-de-sacs pariéto-vésical et vésico-utérin. Notons cependant que ce dernier cul-de-sac disparaît rarement d'une façon complète la vessie suivant le mouvement d'ascension du fibrome.

Les fibromes latéraux se développent entre les deux feuillets du légament large. Ils les écartent, refoulant le tissu cellulaire de la gaîne hypogastrique. Ces fibromes sont donc revêtus sur leur face antérieure et postérieure du péritoine du ligament large épaissi et vascularisé qui leur forme une sorte de capsule. Leur face inférieure au contraire est extra-péritonéale.

A mesure qu'ils augmentent, ils soulèvent également le cul-de-sac vésico-utérin. Il en est de même du cul-de-sac de Douglas qui peut être plus ou moins effacé. Ces corps fibreux modifient donc à la fois le péritoine antérieur et postérieur.

VESSIE. — Les rapports des fibromes du col et de la vessie sont des plus importants. A tel point qu'Hofmeier considérait la blessure de cet organe comme inévitable ce qui à cette époque rendait l'opération redoutable.

Tous les fibromes du col, quelle que soit leur origine peuvent modifier la situation de la vessie.

Les fibromes antérieurs agissent directement par leur présence inter-vésico-utérine. Ceux qui naissent bas vont soulever le bas-fond vésical. Ceux qui naissent haut, au niveau de l'isthme vont écraser la face postérieure de la vessie. De sorte que les fibromes antérieurs

du col, même peu volumineux vont influencer fortement la vessie.

Ceux de la face postérieure projettent le col contre la symphyse. Ils vont donc agir par compression indirecte en serrant la vessie entre la paroi antérieure de l'utérus et la paroi abdominale.

Les fibromes latéraux agiront également par leur masse Ils chasseront la vessie devant eux et sur le côté la déviant latéralement.

Quel que soit le mécanisme qui entre en jeu, le résultat est toujours sensiblement le même. La vessie est appliquée contre la paroi abdominale antérieure. Ne pouvant se développer entre cette paroi et la face antérieur de la tumeur elle doit s'élever dans l'abdomen. Cette élévation de la vessie est signalée dans la plupart des observations. Elle remonte plus ou moins haut contre la paroi abdominale, et il n'est pas rare de la voir atteindre l'ombilic. Mais outre cette élévation, la vessie peut être déviée latéralement, quand, au lieu d'une tumeur médiane antérieure ou postérieure, il s'agit d'une tumeur latérale ou asymétrique. Elle est alors obligée de s'accoler à la tumeur, de se dévier dans la partie de l'abdomen où il reste encore de la place.

Cette vessie déplacée ne peut garder quand elle se remplit sa forme globuleuse normale elle est obligée de s'aplatir pour se loger dans l'étroit espace qui reste libre entre la tumeur et la paroi. Elle est déprimée par la tumeur elle en épouse la face antérieure, par sa face antérieure elle se moule sur la paroi abdominale, elle va donc prendre la forme d'une cupule et Schauta la compare à

une assiette creuse qui serait plaquée sur la face antérieure de la tumeur.

Cet étalement de la vessie nous explique une partie des troubles urinaires qui accompagnent souvent, comme nous le verrons, l'évolution des fibromes du col.

Cette situation de la vessie est parfois fixée par des adhérences. Elles peuvent unir la face postérieure de la vessie à la face antérieure du fibrome. Dans ce cas, d'après Schmidt, il serait exceptionnel de voir ces adhérences occuper le cul-de-sac vésico-utérin, quand il existe encore elles sont presque toujours dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie de la tumeur.

On conçoit quelle importance ont ces considérations dans l'ablation des fibromyomes du col. La situation haute de la vessie l'expose à être blessée lors de l'ouverture de la cavité abdominale et les adhérences qui peuvent l'unir à la tumeur en rendent l'isolement difficile et la déchirure aisée.

Le fibrome du col peut encore user les parois vésicales. Schauta a montré que les fibres musculaires se raréfient dans la zone comprimée par la tumeur. Mais cette atrophie des fibres musculaires peut s'étendre à toute la vessie qui s'épuise à lutter contre les obstacles à son évacuation. Plus tard la paroi peut même être perforée par la tumeur qui fait issue à l'intérieur de la cavité vésicale. C'est ce qui s'était produit dans un cas rapporté par Demarquay.

D'autres lésions peuvent encore survenir. Tout comme dans le cas d'un utérus gravide rétroversé, le col qui vient faire pression contre la vessie détermine dans

quelques cas très rares des lésions de cystite gangréneuse. Comme l'ont montré Motz et Hallé de petites hémorragies viennent se faire sous la muqueuse. Celle-ci se détache, se sphacèle et est expulsée dans les urines en larges lambeaux gangrénés.

URÈTRE.. — L'urètre peut aussi être comprimé par la tumeur, mais ce qui domine c'est son allongement, son étirement, et le col vésical peut ainsi être reporté contre la symphyse. Sa direction aussi est modifiée et toutes ces altérations en rendent le cathétérisme difficile.

Ces troubles existaient très marqués dans le cas étudié par le professeur Legueu et voici ce qu'il en dit : « la rétention est faite d'abord de l'allongement de l'urètre. En effet quand la vessie remonte l'urètre est attiré également vers l'ombilic. La preuve de cette évolution nous la trouvons dans la disparition du méat, qui remonte, se place sur la paroi antérieure du vagin au lieu de rester à la vulve, et rend impossible le cathétérisme et toutes les explorations sur la vessie. Cette disposition habituelle aux grandes rétentions chroniques chez la femme était très nette chez notre malade.

Mais cette traction sur l'urètre en deux sens opposés entre la vessie attirée en haut et le méat qui s'élève, mais ne s'élève pas assez pour suivre le mouvement de la vessie, cette traction de l'urètre ne va pas sans un effacement de son calibre, d'où résulte une moindre perméabilité, d'où une première cause de dysurie, puis de rétention. »

URETÈRES. — Les uretères sont souvent déplacés

dans les tumeurs fibreuses, mais le sens de ce déplacement est variable et c'est là une grande difficulté pour supposer l'endroit où ils peuvent se trouver. Schauta, Schickele, attachent une grosse importance pour la direction de ce déplacement au point d'origine de la tumeur. Le plus souvent ce sont les fibromes latéraux situés dans la gaîne hypogastrique qui déplacent l'uretère, mis, comme nous l'avons indiqué, la fréquence de ce déplacement, et surtout sa direction, sont variables suivant que la tumeur naît dans le col au-dessus ou au-dessous du point où il est croisé par l'uretère.

Ce seront naturellement les tumeurs situées au-dessous de ce point qui dévieront le plus les uretères. Ceux-ci sont alors soulevés par la tumeur et en même temps repoussés contre les parois du bassin. On comprend combien dans ces cas, leur blessure est facile, l'uretère pouvant être soulevé jusqu'à la partie supérolatérale de la tumeur et se trouvant presque immédiatement sous les doigts du chirurgien qui va pratiquer la décortication.

Si au contraire la tumeur naît du col au-dessus du croisement de l'uretère, elle le repousse en bas. Sans doute elle l'éloignera aussi par sa masse de l'utérus, mais elle le déplacera beaucoup moins que dans le cas précédent. Il sera à la partie inférieure de la tumeur, et si on pratique l'énucléation comme premier temps de l'hystérectomie abdominale, il est probable qu'il ne sera même pas découvert au cours de l'intervention.

Les fibromes cervicaux antérieurs peuvent eux aussi déplacer les uretères. Ils en soulèvent les terminaisons en soulevant le bas-fond vésical. Ils les déplacent laté-

ralement quand ils acquièrent un certain volume. C'est ce qui s'est produit dans notre observation. L'uretère droit était fortement soulevé par un volumineux fibrome développé dans la paroi antérieure du col et étendu au corps. L'uretère croisait la face latérale de la tumeur à peu près à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs. Il décrivait une courbe sur les flancs de la masse.

Knox écrit également : « Dans plusieurs cas la pression de la tumeur est exercée sur l'uretère dans le sens autéropostérieur, par suite de la situation de la tumeur au-dessous des terminaisons vésicales des uretères. Ceux ci sont élevés vers l'abdomen en même temps que la vessie, et ils sont tellement étirés que leur lumière est partiellement oblitérée. »

Quant aux fibromes de la paroi postérieure du col il est exceptionnel qu'ils repoussent les uretères. Quand il s'agit de volumineuses tumeurs, développées sous le péritoine, remontant vers l'abdomen les uretères ne sont pas déplacés. Mais quand il s'agit de tumeurs irrégulières bosselées on peut voir des déplacements de l'uretère se produire. Dans l'observation LVIII concernant un fibromyone à noyaux multiples de la lèvre postérieure du col l'uretère était déplacé et coudé par la tumeur. Dans l'observation LVI l'uretère passe entre deux bosselures de la tumeur.

Ces myomes multiples sont les tumeurs les plus graves au point de vue opératoire et leurs rapports avec l'uretère sont des plus dangereux. Si on a affaire à un fibrome à noyau unique ; sa paroi est lisse et on pourra facile-

ment éviter l'uretère, même s'il vient au contact de la tumeur, tandis que dans les fibromes à noyaux multiples il n'en est plus de même. L'uretère chemine parfois entre les bosselures qui le cachent et le dérobent à nos investigations. Au lieu d'être dans une gouttière du fibrome, il peut être situé dans un véritable canal et c'est ce qui a été rapporté dans quelques observations où on signale l'uretère passant à l'intérieur même du fibrome dans lequel on a été obligé de le sculpter au cours de l'opération. Il faut avoir ces faits bien présents à l'esprit si on ne veut pas s'exposer à de graves mécomptes dans le traitement de ces fibromes du col multinodulaires.

L'uretère, si facilement déplacé, peut-il être comprimé dans les fibromes du col ? Presque tous les auteurs signalent cette compression comme une complication des corps fibreux pelviens. Nous lisons en particulier dans le traité de Ledentu, Delbet : « Les troubles de compression que signalent ces douleurs dominent la scène. Ils débutent parfois insidieusement quand une petite tumeur insoupçonnée comprime l'uretère dans la gaine hypogastrique, une anurie inattendue et des troubles urémiques se montrent alors sans cause apparente. Mais généralement la compression de l'uretère ne se produit qu'après celle des autres organes dont la symptomatologie est plus bruyante. »

Venot dans son rapport au Congrès d'Alger, en 1907, étudiant les troubles urinaires au cours des fibromes en général insiste sur cette compression.

Knox a pu réunir 25 cas de compression de l'uretère

par des fibromes utérins. Dans deux des observations qu'il rapporte l'origine cervicale de la tumeur est indiquée. Ces deux observations sont dues à Kelly. Dans l'une il s'agit d'une femme de 50 ans souffrant de douleurs abdominales et d'incontinence d'urine. L'opération révèle une compression urétérale probablement pelvienne avec double hydronéphrose. Dans l'autre la tumeur évolue depuis sept ans, avec mictions fréquentes, ménorragies et œdèmes. La tumeur volumineuse remplit tout l'abdomen. Il s'agit probablement d'une compression pelvienne « Hydroureter » droit.

Dans ces deux observations le lieu de la compression ne semble d'ailleurs pas avoir été reconnu avec précision, il est « probablement » pelvien.

Dans aucune de nos observations nous ne voyons signaler cette complication. Dans les cas rapportés par Tridondani, Haultain, Sutton, nulle part nous ne la voyons mentionnée. Nous ne trouvons pas non plus un seul cas d'hydronéphrose. Tout au plus lisons-nous dans une observation de Schikele : l'uretère droit était coudé. Mais il ne semble pas que cette coudure se fut accompagnée d'aucune modification de son calibre.

Cette compression de l'uretère par une tumeur fibreuse du col, compression suffisante pour donner de l'anurie, une hydronéphrose, est donc d'une extrême rareté.

D'après le professeur Legueu il pourrait y avoir des modifications de structure des uretères dans les fibromes du col, mais ces modifications ne seraient pas dues à des troubles de compression : « quel qu'ait été le volume de la tumeur, ce n'est pas par le mécanisme de la com-

pression que doivent se réaliser les lésions que je sup pose. C'est bien plutôt par le mécanisme de l'élongation et la distension que se produit la lésion des uretères.

Pour contourner la tumeur, les uretères, en vertu de l'altération de la vessie, doivent parcourir un chemin très long : sur cette tumeur il est facile de voir la grande courbure qu'ils doivent parcourir, et, comme dans la grossesse, ainsi que Couvelaire l'a montré, il y a élongation d'abord, ensuite amoindrissement du calibre urétral d'où rétention. »

RECTUM. INTESTIN. — Le rectum est en rapports avec les fibromes postérieurs du col et aussi avec les fibromes latéraux développés dans la base du ligament large.

Les tumeurs postérieures peuvent être rétro-péritonéales, refouler le péritoine du Douglas, s'en coiffer et venir au contact du rectum lui-même par leur développement dans la cloison recto-vaginale. Ces tumeurs viendront comprimer la portion ampullaire du rectum. On a même signalé des cas très rares où elles auraient perforé la paroi du rectum.

Les tumeurs sous-péritonéales également viennent se mettre en contact avec le rectum. Mais à moins d'être incarcérées dans la concavité sacrée, de buter sur le promontoire il est rare qu'elles ne laissent pas à ce conduit un espace suffisant. Sans doute le rectum est aplati laminé contre la paroi osseuse, mais malgré cela il conserve un calibre minime, mais suffisant, pour remplir tant bien que mal ses fonctions.

Les fibromes de la paroi antérieure du col aussi pourront comprimer le rectum en repoussant l'utérus en arrière.

Cette compression du rectum est rarement assez marquée dans les fibromes du col pour donner lieu à une véritable occlusion. Dans nos observations, la constipation est assez fréquemment signalée mais rarement elle acquiert un caractère inquiétant. Dans la thèse de Mazet il n'y a que deux observations qui semblent se rapporter aux fibromes du col.

Rarement les fibromes du col pourront comprimer d'autres portions de l'intestin. Cependant si un fibrome du col intraligamentaire atteint un volume considérable, il peut dédoubler le méso-côlon iliaque ou même se mettre en rapports intimes avec le cæcum et l'appendice qui seront alors accolés sur la tumeur.

AUTRES ORGANES PELVIENS. — Les rapports des fibromes avec les autres srganes du petit bassin sont moins importants. Ils peuvent comprimer le plexus sacré le nerf crural, les veines, d'où douleurs et œdèmes. Ceci ne nous importe guère pour l'opération.

Ce qui est plus intéressant c'est de savoir ce que devient l'utérine. Elle est souvent déplacée et on peut la voir ramper en nombreuses flexuosités à la surface de la tumeur. Elle est très souvent déviée latéralement comme l'uretère avec lequel elle garde souvent ses rapports et sa ligature est ici un danger sérieux pour ce conduit. *Ce danger est d'autant plus réel que le pédicule vasculaire est souvent étalé à la surface de la tumeur.* Et comme

nous le verrons plus loin, un des principaux avantages de l'énucléation du fibrome au début de l'hystérectomie, sera précisément de ramasser ces plexus vasculaires étalés, de les pédiculiser d'en rendre la ligature simple et non dangereuse.

CHAPITRE V

Symptômes

Les tumeurs fibreuses du col utérin n'ont pas toujours une symptomatologie spéciale et leur histoire clinique, dans bien des cas, rappelle en tous points celle des autres fibromes. Nous devons d'ailleurs faire remarquer que certains d'entre eux, les fibromes de la partie supérieure et postérieure du col, évoluent le plus souvent comme des fibromes de la paroi ou du fond de l'utérus. Ce qui dans bien des cas existe plus fréquemment dans les fibromes du col que dans ceux du corps, ce sont les troubles de compression, on le comprend facilement après l'étude anatomique que nous venons de faire de ces tumeurs.

Ils peuvent rester longtemps latents et des malades portent ainsi sans s'en douter des fibromes volumineux. Nous avons déjà signalé le cas cité par Ruge ou un peu de douleur fut le seul signe qui ait traduit l'existence d'un fibrome de 2.750 grammes. Inversement, nous voyons de toutes petites tumeurs, particulièrement celles qui se développent dans la paroi antérieure

tout contre la vessie, donner lieu à des signes parfois bruyants d'irritation vésicale.

Si nous consultons les observations nous voyons que le mode de début est très variable et peut se faire par un quelconque des symptômes qui traduisent l'évolution de ces tumeurs. Certaines malades viennent pour l'augmentation de volume de leur ventre c'est là le premier signe qu'elles ont remarqué. Chez d'autres, ce sont des deuleurs abdominales, une sensation de pesanteur, de tiraillements, parfois de douleurs plus aiguës au moment des règles.

Assez souvent le début est marqué par des troubles urinaires. Les mictions sont pénibles, douloureuses, puis survient de la rétention. Celle-ci peut se produire brusquement comme premier symptôme. Le médecin pratique un cathétérisme et la vessie vidée, découvre la tumeur.

L'anurie brusque, que l'on observe dans le cancer du col, est signalée dans les traités classiques comme pouvant être le premier symptôme d'un fibrome du col. Dans aucune des observations que nous avons rassemblées dans cette étude, nous ne la trouvons indiquée. Les auteurs dont nous avons consulté les statistiques n'en mentionnent aucun cas.

Le début par des troubles intestinaux ou des troubles généraux nous semble également très rare. Dans quelques cas il est marqué par de la constipation.

Le début par des troubles de la menstruation existe dans bon nombre d'observations, mais il est infiniment moins fréquent que dans les tumeurs du corps.

Augmentation de volume du ventre, douleurs troubles urinaires, hémorragies, sont donc les principaux modes de début des fibromes du col utérin.

Ces tumeurs se traduisent donc d'une part par des symptômes dus à la tumeur elle-même et plus ou moins analogues à ceux de tous les fibromes en général, et d'autre part par des troubles plus spéciaux aux fibromes du col dus à leurs rapports avec les organes pelviens dont ils gênent le fonctionnement.

Les **hémorragies**, symptôme si fréquent des fibromes du corps utérin ont ici une importance beaucoup moindre. Leurs caractères n'ont rien de spécial, règles plus abondantes, règles prolongées, pertes entre les règles, sang liquide ou caillots tout ceci n'offre rien de particulier.

Dans beaucoup d'observations on voit ces hémorragies manquer complètement. Rarement elles atteignent d'emblée une abondance telle qu'elles deviennent inquiétantes. C'est ce qui existait dans les deux cas de Noto. C'est également ce qui est signalé dans l'observation de Fairbairn (obs. XXI). L'hémorragie avait une telle abondance que l'on craignait pour la vie de la malade et qu'on dut faire une intervention d'urgence.

Nous voyons dans plusieurs observations des malades qui sont arrivées à la ménopause sans avoir jamais eu le moindre trouble du côté de leurs règles, et ce n'est que plusieurs années après leur cessation que leur fibrome du col se révèle par un tout autre signe.

Cette moindre fréquence des hémorragies est signalée par tous les auteurs. Ce fait s'explique assez facilement. On sait que dans les fibromes ce n'est pas la tumeur qui

saigne, sauf les cas exceptionnels de fibromes télangiectasiques. Les cas de Noto étaient peut-être de ce genre, car il signale de grosses veines à la surface, au moins, de ces tumeurs. Ce qui saigne c'est la muqueuse utérine, et non pas seulement au niveau de la tumeur, mais dans toute son étendue. Il se produit en effet cette fausse métrite, hypertrophiante et congestionnante dont nous avons déjà parlé. Or les fibromes qui y prédisposent sont ceux qui, par leur présence près de la cavité utérine, irritent la muqueuse. Dans les fibromes du col, cette disposition existe, ils peuvent être interstitiels, sous-muqueux. Mais nous avons vu que ces fibromes sous-muqueux du col évoluaient facilement vers le vagin pour devenir des polypes fibreux. Au contraire, la majorité des fibromes du col à développement pelvien, fuient la muqueuse, se rapprochant de la paroi externe du col et la repoussant. Ils réduisent ainsi au minimum leur action irritative sur la muqueuse et c'est ce qui nous explique la rareté relative des hémorragi s Rappelons également que Tridondani dans ses recherches microscopiques trouve la muqueuse en somme assez peu altérée.

Tridondani insiste cependant sur l'existence d'un petit suintement sanguin que détermine le doigt qui pratique le toucher. Nous ne le voyons signalé dans aucune de nos observations, à peine Schauta écrit-il dans un cas que le doigt revient couvert de sang fétide. Rien d'ailleurs ne nous expliquerait qu'un fibrome du col saignât ainsi au contact.

Les autres écoulements des fibromes, leucorrhée,

hydrorrhée peuvent exister également. La première est souvent mentionnée dans les observations ; nous ne trouvons aucun exemple de la seconde.

Un symptôme assez particulier des fibromes du col utérin est l'**hématométrie** par oblitération du canal cervical. Nous avons pu en réunir trois cas, il s'agit là d'un symptôme très rare. Schichele mentionne un cas où l'hématométrie survint dans ces conditions, dans un utérus double. Une observation que nous rapportons ici a été publiée par Levison (obs. XLVIII). Mais dans ce cas on peut se demander si le fibrome cervical était bien la cause de cette hématométrie, d'ailleurs douteuse. Une troisième observation est rapportée par Kanuer.

Plus importants sont les symptômes qu'il est classique de décrire sous le nom de *troubles de compression* dans les fibromes du col à évolution pelvienne, et, parmi eux, nous mettrons en première ligne les troubles urinaires.

Signes urinaires. — On sait que les signes urinaires peuvent exister dans tous les fibromes, qu'il s'agisse de polypes complissant le vagin, de fibromes du corps ayant fait saillie sur sa face antérieure et donnant lieu à ce que Schmidt a appelé la « vessie emprisonnée » ; qu'il s'agisse de fibromes pédiculés ou non du fond ou de la face postérieure qui par la rétroversion utérine due à leur poids, ont projeté le col contre la symphyse. C'est même là pour le professeur Hartmann, pour Vénot, pour Treub, le principal mécanisme de ces troubles.

Dans les fibromes du col, ce mécanisme peut intervenir, un fibrome postérieur repoussant le col utérin

en avant contre la symphyse. Mais ils peuvent aussi agir par leur simple présence, par leur propre volume comprimant et déformant la vessie. Dans plusieurs de nos observations nous trouvons mentionné ce fait qu'on ne peut passer le doigt entre la symphyse et la face antérieure de la tumeur.

Quelle est la fréquence de ces troubles urinaires ? Ici les avis sont partagés. Pour le professeur Hartmann ils sont dus à la rétroversion. Pour le professeur Legueu ils doivent être fréquents. Cependant sur 250 observations consultées par di Chiara, il dit ne les avoir trouvés que 20 fois.

Notre avis est tout différent et sur les 80 observations rapportées dans cette thèse nous trouvons des troubles urinaires signalés 41 fois. Soit plus de la moitié des cas. Ces troubles semblent donc très fréquents. Peut-être les observations publiées l'ont-elles été dans quelques cas uniquement parce qu'elles présentaient ces troubles, mais il n'en reste pas moins certain que ces symptômes sont très souvent observés.

Ce sont surtout des troubles urétraux et vésicaux des troubles de la miction, que nous trouvons signalés dans nos observations.

La *douleur à la miction* est assez fréquente, c'est une sensation de picotements, de brûlure le long de l'urètre. Cette sensation douloureuse est rarement isolée, *la miction devient fréquente ;* il y a de la pollakuirie (obs. XLVII, LX). Cette pollakuirie peut devenir très intense, des malades urinent jusqu'à 6 ou 8 fois par heure.

Dans ces cas, il existe un symptôme négatif impor-

tant *les urines restent claires ;* ce point est capital pour différencier ces troubles de ceux d'une cystite. Si cette pollakiurie claire persiste longtemps le médecin doit penser à la possibilité d'un fibrome du col irritant la vessie.

Plus fréquents peut-être encore que ces troubles sont les *accès de rétention.* Nous les retrouvons dans 16 de nos observations. Parfois c'est le premier symptôme qui ait amené les malades à consulter (obs. XXXIV, XXXV). C'est quelquefois le seul symptôme (obs. LXIX).

La rétention complète est très souvent brusque. La malade va voir son médecin qui la sonde ; un, deux cathétérismes sont nécessaires puis les accidents cessent. Mais souvent ils vont se reproduire, se rapprocher. Cette rétention intermittente se transforme en une rétention continue.

A côté de la rétention complète existe la rétention incomplète. Dans les gros fibromes du col il y a rarement de saillie déterminant un bas fond vésical, aussi n'est pas ce mécanisme qui entre en jeu. Nous avons vu comment la vessie est étalée entre la tumeur et l'abdomen. Elle est dans de mauvaises conditions pour se vider ; elle lutte, elle fait appel à l'effort de toutes ses fibres musculaires. Celles-ci ne tardent pas à être forcées et la vessie, incapable de se vider complètement, reste à l'état de distension incomplète. Peut-être aussi peut-il s'agir de diverticules accidentels dus aux déformations par la tumeur. Signalons également le danger des vessies en sablier, on croit avoir vidé la vessie

par la sonde et à l'opération elle contient encore une certaine quantité d'urine.

La *dysurie* est aussi un symptôme communément observé. Cette dysurie est généralement progressive et finit par aboutir aux crises de rétention. Elle se manifeste de façon variable. Parfois la malade doit faire de violents efforts pour arriver à émettre quelques gouttes d'urine. Une d'elles ne pouvait vider sa vessie, qu'en comprimant fortement son abdomen. La position a également une grosse influence, certaines malades ne peuvent uriner qu'assises. En repoussant légèrement la tumeur on rend quelquefois la miction possible.

L'incontinence existe dans quelques cas, ce peut être de l'incontinence vraie par déformation de l'urètre et du col vésical; mais le plus souvent, il s'agit de fausse incontinence, les malades ont une vessie dilatée et elles urinent en réalité par regorgement.

Tous ces troubles ont un caractère assez remarquable, ils augmentent au moment des règles, ou même ne surviennent qu'à ce moment. Dans ce cas une crise de rétention précède la venue des règles et cesse dès que celles-ci font leur apparition. L'élément congestif a ici une grosse importance. Il se surajoute à la cause irritative qui est quelquefois minime comme dans les cas de petites tumeurs qui irritent la vessie.

C'est également cet élément congestif qui explique, l'existence d'*hématuries* dans les fibromes du col utérin. Il s'agit là d'ailleurs de cas exceptionnels comme dans l'observation L, du professeur Hartmann, qui concerne un fibrome de la paroi antérieure susvaginale du

col qui s'accompagnait d'abondantes hématuries depuis six semaines. Dans deux de nos observations on signale également des urines sanglantes.

Signalons également une autre complication rare. C'est la *cystite gangréneuse* avec élimination de lambeaux de muqueuse vésicale sphacélée, d'odeur infecte. Le pronostic de cette complication, heureusement exceptionnelle, est des plus grave.

L'*infection* de ces vessies en état de rétention est chose facile et la cystite vient souvent compliquer la situation avec son cortège habituel. Nous n'insisterons pas sur les conséquences de cette infection et la déchéance du rein, avec les accidents de néphrite et de pyélonéphrite qui lui font suite.

Il est cependant important pour le chirurgien de se rendre compte du retentissement des lésions sur le rein. Souvent dans les observations l'albuminurie est signalée. Nous ne voulons pas revenir sur cette question de l'albuminurie et des fibromes ; elle n'a rien de spécial à notre sujet. Mais on devra se rendre compte s'il existe des symptômes de déchéance rénale, des signes de petite urémie, une hydronéphrose, étudier la valeur fonctionnelle du rein, rechercher la constante d'Ambard. Ce n'est que par une balance minutieuse des symptômes que l'on arrivera à classer la malade dans celles qu'on peut opérer, avec chance de voir les troubles urinaires s'atténuer ou dans celles dont l'anesthésie lèsera irrémédiablement le rein.

Signes intestinaux. — Ce que nous avons dit des rapports entre les fibromes du col et le rectum nous

explique facilement les troubles qu'ils peuvent apporter dans son fonctionnement. Ces complications sont moins souvent indiquées que les troubles urinaires. Elles sont moins bruyantes, elles passent souvent inaperçues dans la vie de la femme. Et, si nous trouvons la constipation, même opiniâtre, signalée dans beaucoup de nons observations, dans aucune nous ne trouvons d'accidents d'occlusion intestinale aiguë.

Les autres signes de compression des nerfs, des veines, douleurs ou œdèmes, ne sont pas mentionnés dans nos observations.

Signes physiques. — Les signes physiques des fibromes du col présentent quelques points intéressants. Ils seront naturellement des plus variables et un fibrome ayant envahi tout le col ne donnera pas les mêmes signes physiques qu'un fibrome développé uniquement dans le segment supravaginal.

Nous n'insisterons pas sur tous les signes communs aux fibromes, consistance, bosselures, etc.

Quand on pratique le toucher vaginal, on peut, dès le début être gêné pour trouver le col. Si la tumeur est supravaginale, souvent elle déprime le dôme du vagin et le col repousse excentriquement, élevé, comme appendu au pôle inférieur de la tumeur est difficile à atteindre.

Si le fibrome envahit la portion intra-vaginale du col. il est parfois impossible de le reconnaître. Une dépression transversale limitée d'un côté par un mince bourrelet, de l'autre par la saillie irrégulière de la tumeur représentera son orifice.

Si le col est entr'ouvert, l'introduction du doigt facilitera cette recherche.

Mais il est des cas où sa découverte est impossible. Tout le fond du vagin est rempli par la tumeur. On peut en général atteindre le fond d'un des culs-de-sac, mais l'autre sera inaccessible et le col reporté de ce côté ne pourra être atteint.

Un signe sur lequel a particulièrement insisté Schauta est l'impossibilité dans bien des cas d'introduire le doigt entre la face antérieure de la tumeur et la symphyse, dans les cas de tumeur antérieure.

Le toucher permettra encore d'examiner la portion susvaginale de la tumeur.

Le palper bimanuel nous fera faire le diagnostic de la mobilité de la tumeur, et nous permettra parfois de sentir à la surface de la masse une petite bosselure qu'il ne faudra pas prendre pour un nodule du fibrome, mais qui représentera le corps utérin.

L'hystérométrie, souvent difficile à pratiquer, sera faite de préférence avec une bougie en gomme qui permettra de suivre les irrégularités de la cavité dont la longueur est généralement augmentée.

On n'oubliera pas de pratiquer le toucher rectal qui peut donner sur les connexions de la tumeur de précieux renseignements.

ÉVOLUTION. — Tous les fibromes du col utérin ne s'accompagnent pas des troubles que nous venons d'étudier. Nombreux sont ceux qui évoluent sans signes de compression ou avec des signes minimes. Il en est qui restent silencieux de longues années.

Certains ont une évolution abdominale rapide et perdent vite leurs connexions pelviennes. Ce sont les fibromes de la partie postérieure et supérieure du col et de la partie inférieure de l'isthme ; ils se traduisent alors uniquement par les symptômes habituels des fibromes à évolution abdominale.

Quant aux autres fibromes, à évolution pelvienne, ils peuvent eux aussi remonter dans la cavité abdominale. Mais, même dans ce cas ils gardent leurs connexions pelviennes ; ils ne gagnent l'abdomen que par l'augmentation de leur volume et nous ne voyons pas un seul cas où une telle ascension ait été marquée par une diminution des symptômes de compression.

Ces fibromes semblent peu modifiés par la ménopause, et beaucoup d'entre eux se sont manifestés par des troubles graves un certain temps après, alors que jusque-là ils avaient été silencieux.

Peut-être faut-il chercher l'explication de ce fait dans la structure particulièrement fibreuse de ces tumeurs.

Il ne semble donc pas qu'il y ait intérêt à laisser évoluer ces fibromes. Souvent on ne les reconnaît qu'à la suite de troubles déjà graves, mais si on les décèle avant, peut être sera-t-il prudent de les enlever sans retard Une tumeur même petite rétro-vésicale, intraligamentaire basse peut donner naissance à des troubles sérieux et, si on la laisse grossir, son extirpation demandera souvent une opération longue et difficile.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Nous aurons peu de choses à dire sur le diagnostic différentiel des fibromes du col.

Les signes physiques déjà décrits nous permettent de reconnaître sans peine qu'il s'agit d'un fibrome.

Les pelvipéritonites n'ont pas la même histoire, la masse qui entoure l'utérus est moins dure et plus irrégulière.

Une hématocèle enkystée dans le Douglas, pourra quelquefois en imposer pour un fibrome de la face postérieure du col. Mais généralement on trouve des antécédents autres. La tumeur est moins dure, peut-être déprimée en un point. Elle est moins bien limitée.

Les tumeurs ovariennes, les fibromes ne sont pas en continuité avec l'utérus.

Le même signe pourra faire reconnaître le kyste de l'ovaire inclus, les tumeurs du ligament large du fibrome latéral du col inclus.

Dans des cas exceptionnels, le diagnostic pourra se poser, lors d'une hématurie avec une tumeur vésicale. Le diagnostic sera fait par une cystoscopie attentive.

Le diagnostic de fibrome porté, il faudra le localiser au col ou à l'isthme utérin. C'est là généralement chose assez facile. On ne pourra guère le confondre qu'avec les fibromes nés des parois de l'utérus et prolabés dans les culs-de-sac. Le fibrome pédiculé prolabé dans le cul-de-sac utéro-vésical est rare.

Le fibrome pédiculé prolabé dans le Douglas ou l'utérus fibromateux rétroversé pourront être confondus avec un fibrome postérieur du col. Mais dans le premier cas on ne pourra réduire la tumeur avec la main, en position génupectorale et la faire remonter dans l'abdomen.

Il sera facile de localiser le fibrome latéral du col, qui déplisse les ligaments larges.

Il ne suffit pas de situer le fibrome, il faut encore se rendre compte de l'état des organes voisins, de leurs connexions avec la tumeur.

Pour la vessie c'est assez facile. Le cathétérisme nous montrera si l'urètre est déformé, s'il est dévié ou comprimé. Souvent ce cathétérisme sera assez difficile.

Il nous renseignera sur la dilatation vésicale en retirant une quantité anormale d'urine. Si nous le pratiquons avec une longue sonde d'homme nous pourrons la sentir derrière la paroi abdominale parfois jusque vers l'ombilic. Il nous montrera que la vessie même vide, ne descend pas dans la cavité pelvienne, qu'elle est étalée et fixée.

La cystoscopie est également indiquée dans certains cas. Elle montrera les déformations vésicales, et pourra dans les cas exceptionnels d'hématuries ou d'urines

sanglantes, confirmer le diagnostic. Encore ne faudrait-il pas faire comme Loumeau qui malgré un examen cystoscopique pensa à une tumeur vésicale, ouvrit et trouva un fibrome faisant saillie sous la muqueuse vésicale congestionnée.

Mais cet examen cystoscopique sera souvent des plus difficiles. La vessie étalée, aplatie en cupule se prêtera mal à ces manœuvres.

Pouvons-nous aller plus loin et nous rendre compte de la situation des uretères ? Théoriquement oui, il suffirait de les cathétériser avec une sonde opaque et d'en faire une radiographie. Nous ne croyons pas que l'on ait jamais employé ce procédé. Il serait difficile sur la radiographie de localiser les uretères et d'ailleurs leur cathétérisme même serait des plus délicats. Nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer d'examen cystoscopique chez une malade atteinte de fibrome du col, mais nous avons pu le faire chez une malade souffrant de rétention d'urine déterminée par un fibrome utérin retroversé. Dans ce cas nous n'avons pu voir les uretères. La saillie du col ou d'un noyau fibreux sous la muqueuse vésicale peu congestionnée, masquait complètement le bas-fond vésical.

CHAPITRE VII

Pronostic

Nous ne nous étendrons pas sur le pronostic, il découle de l'étude que nous avons faite des symptômes. Il est moins grave pour les fibromes sus-vaginaux postérieurs à développement abdomino-pelvien. Il est sévère pour toutes les autres tumeurs.

Si des fibromes cervicaux sont pendant longtemps bien tolérés, d'autres beaucoup plus petits donnent lieu à des accidents redoutables aussi, sitôt reconnus, sera-t-il prudent de les enlever.

Le pronostic dépendra surtout de la précocité du diagnostic. Il ne faudra pas en particulier soigner pour une cystite banale une malade atteinte d'un fibrome du col. C'est l'exposer à faire de l'infection urinaire, de la pyélonéphrite, et c'est là la principale complication de ces fibromes cervicaux. Ils peuvent présenter comme les autres fibromes toutes les complications générales, cardiaques en particulier, mais c'est surtout aux reins que pour eux est le danger. Il ne faudra pas laisser, sous leur influence, progresser ces lésions au point de rendre inefficace l'intervention.

Le pronostic opératoire tout en étant plus grave que pour les fibromes du corps est néanmoins assez bon. Le temps n'est plus où Hofmeier perdait 4 opérées sur 7, 57 °/₀ de mortalité ! Haultain sur 30 cas a 3 morts par infection soit 10 °/₀, alors que sa pratique pour les fibromes du corps ne lui donne une mortalité que de 1 °/₀. Sur les 28 cas opérés dans le service du professeur Quénu il y a également 3 morts.

CHAPITRE VIII

Fibrome du col et grossesse

Nous ne serions pas complets si nous n'esquissions. rapidement le rôle des fibromes du col dans la grossesse Ils créent là une complication assez sérieuse. Ce sont eux qui constituent véritablement les fibromes dystociques.

Que l'on pense avec Hofmeier, Pinard, Treub, que la stérilité favorise la production des fibromes, ou au contraire que les fibromes soient cause de stérilité, si nous consultons la thèse de Chabbaziau, nous voyons que sur 380 cas de fibromes compliqués de grossesse, 80 siégeaient au col, soit 21 °/₀. Si nous considérons que dans des utérus à l'état de vacuité, on trouve seulement 8,5 °/₀ de fibromes du col, nous voyons que le fibrome du col s'opposerait moins à la conception que celui du corps. Il n'y a là rien qui doive nous étonner, puisque nous savons que la muqueuse utérine est moins altérée dans les fibromes du col et par conséquent s'opposerait moins à la nidation de l'œuf.

Au cours de la grossesse, des modifications se pro-

duisent dans la structure du fibrome, augmentation des fibres musculaires, œdème, dégénérescence colloïde. Cet œdème peut aller jusqu'à la production de cavités kystiques.

Le fibrome augmente de volume, et ce développement peut être considérable, toutefois il serait moins marqué pour le fibrome du col que pour celui du corps. Par contre ils subissent peut-être plus qu'eux la dégénérescence œdémateuse.

Les fibromes du col exposent à l'insertion basse du placenta, aussi les hémorragies seront fréquentes pendant la grossesse. On sait que pour le professeur Pinard c'est là la principale cause de ces hémorragies. « En dehors de ces cas d'insertion vicieuse, où sont donc les causes d'hémorrhagie pendant la grossesse ? Pour ma part je n'en ai jamais rencontré. »

L'avortement et l'accouchement prématuré ne sont pas très fréquents dans les fibromes. Ceux du col exposeraient plus à l'accouchement prématuré et moins à l'avortement Forget explique ce fait par la formation tardive du segment inférieur.

Les fibromes du col exposent tout particulièrement aux troubles de compression pendant la grossesse. Les symptômes vésicaux sont spécialement fréquents. Les troubles rectaux sont un peu plus rares. L'exagération de ces symptômes pourra être une raison d'intervention.

Pendant l'accouchement, les fibromes du col pourront être dystociques de deux façons. Ils modifient la présentation, les présentations vicieuses, siège, épaule

sont plus fréquents. Ceci est d'ailleurs commun à tous les fibromes. Mais ce qui est spécial aux fibromes du col, c'est la gêne qu'ils apportent à l'accouchement en obstruant la filière pelvigénitale. Ils constituent les fibromes prœvia.

Ils sont d'autant plus dangereux qu'ils sont situés plus bas. Par leur présence dans le col, ils lui communiquent une certaine rigidité qui gêne la dilatation.

Cependant, même dans les cas de tumeurs volumineuses, bas situées qui semblent remplir le petit bassin, l'accouchement peut se faire spontanément. Tarnier disait que la dystocie ne commence que lorsque le fibrome a atteint le volume d'un œuf de poule. Turner, dans sa thèse, dit que l'accouchement est impossible quand il existe au niveau de la concavité sacrée plus de deux centimètres d'épaisseur de tissu fibromateux.

Le fibrome de la paroi postérieure du col serait aussi plus dystocique, ayant plus de tendance à s'enclaver, que celui de la paroi antérieure.

L'accouchement devient possible par un double mécanisme. La tumeur, comme nous l'avons déjà indiqué, se ramollit au point de s'aplatir facilement et surtout elle remonte. C'est ce que Depaul a décrit sous le nom d'ascension des fibromes. Le mécanisme en a été bien décrit par Tarnier et Guéniot. Ce sont les fibres longitudinales qui, en se contractant, attirent en haut le segment inférieur et le fibrome qui y est attaché. Plus il est élevé et mobile, plus son ascension sera facile. Son dégagement au-dessus du détroit supérieur se fait parfois brusquement. La partie fœtale vient alors se

mettre à sa place. D'après Tarnier la présentation du siège serait alors plus favorable et s'insinuerait comme un coin entre la paroi de l'excavation et la tumeur qu'il chasserait dans l'abdomen.

Mais si celle-ci est adhérente dans le bassin, si son volume excessif la fait buter contre une saillie osseuse, le seul mécanisme qui puisse encore favoriser l'accouchement spontané est son ramollissement et son laminement.

Nous voyons donc que même dans le cas de volumineuse tumeur semblant remplir tout le bassin, l'accouchement peut se faire et Betbéze dans sa thèse rapporte un certain nombre d'accouchements spontanés avec fibrome prævia. Le principe qui règle la conduite générale envers les fibromes nous semble donc pouvoir être également appliqué ici, et, tant qu'il n'y aura pas de complications, de symptômes menaçants, on pourra temporiser.

Comme dans tous les fibromes, les suites de couches sont simples en général. Signalons cependant la possibilité de gangrène et de suppuration dans les cas d'accouchements dystociques, le fibrome ayant été comprimé outre mesure par la partie fœtate ou le forceps. C'est là une complication très grave.

Le fibrome du col diminue de volume après la grossesse, il reprend la taille qu'il avait auparavant. Parfois il disparaît, mais cette évolution nous semble plus rare que pour ceux du corps.

Le diagnostic de fibrome du col compliquant la grossesse est en général facile. Nous retrouvons ici tous les

signes physiques déjà indiqués pour ces tumeurs. Ce n'est guère qu'avec les tumeurs solides de l'ovaire accolées à l'utérus que l'on pourra hésiter.

Treub et Brindeau écrivent que : « dans ce cas il vaut mieux croire à un kyste ou une tumeur solide de l'ovaire qu'à un fibrome. On s'expose à faire un traitement opératoire qu'on aurait pu éviter ; mais cela vaut mieux que de ne pas faire le nécessaire dans le cas de tumeur de l'ovaire. »

Il sera plus difficile de se rendre compte de la situation du fibrome. On reconnaîtra facilement une tumeur envahissant une des lèvres, la transformant en un gros bourrelet entouré en croissant par la lèvre restée intacte ; mais pour les fibromes supravaginaux le diagnostic sera plus difficile. Il a cependant une certaine importance puisque les derniers peuvent à la rigueur s'élever et que pour les premiers on ne devra compter que sur leur aplatissement.

CHAPITRE IX

Traitement.

Nous ne parlerons pas des traitements médicaux des fibromes du col utérin, on peut en dire tout ce qui a été dit à propos du traitement médical des fibromes en général.

Les ligatures atrophiantes ne nous semblent pas devoir donner de grands résultats dans des tumeurs surtout fibreuses.

La castration arrêtera-t-elle l'évolution de fibromes qui souvent ne donnent lieu à des accidents révélateurs qu'après la ménopause?

L'électrothérapie garde toute sa gravité et Delbet signale sur 659 fibromes ainsi traités 17 décès.

La radiothérapie, la radiumthérapie seront ici des méthodes d'exception, à n'employer que chez des malades à rein profondément touché, et encore, même dans ce cas, serait-il plus prudent de pratiquer l'extirpation du fibrome du col, puisque nous savons que dans certains cas les accidents ont pu régresser après l'intervention. Dans ces cas, si la malade n'est pas opérée,

elle a bien des chances de succomber, malgré le traitement radiothérapique, à l'urémie, avant que le fibrome n'ait diminué ou que les phénomènes congestifs n'aient cessé.

Nous allons donc examiner rapidement le traitement opératoire de ces fibromes du col utérin.

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Il est un certain nombre de cas où on pourra essayer de n'enlever que le fibromyome et de conserver l'utérus. Certaines conditions semblent favoriser cette conduite. Le noyau est souvent unique, généralement énucléable. S'il n'est pas trop volumineux, s'il est facilement accessible on peut donc essayer d'en débarrasser l'utérus.

Deux voies s'offrent à nous pour cette intervention : la voie vaginale et la voie abdominale.

Voie vaginale. — Elle est tentante pour extraire ces tumeurs en somme bas situées, en connexions immédiates avec le vagin et ainsi facilement abordables. Cette énucléation est particulièrement facile dans le cas de tumeurs peu volumineuses, siégeant dans les lèvres du col. Une simple incision sur la tumeur permettra facilement de l'aborder et de l'énucléer.

Quand la tumeur siège dans le segment supra-vaginal du col, on pourra recourir à l'ancien procédé d'Amussat rénové par Péan puis Segond, « *l'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale* ». La technique de ce procédé est longuement expliquée dans la thèse de Dartigues ; mais sur les 25 opérations

de Segond qu'il rapporte, aucune n'a trait à un fibrome du col.

Plus simplement on pourra dans certains cas enlever des tumeurs fibreuses du col par colpotomie antérieure, postérieure, ou latérale.

La *colpotomie postérieure* permettra facilement d'énucléer un fibrome de la face postérieure du col en incisant le vagin sur la tumeur. Si le fibrome n'est pas trop volumineux il sera facilement extirpé, en le morcelant au besoin.

La *colpotomie latérale* pour les fibromes développés dans les ligaments larges sera plus délicate et ne s'adressera guère qu'à des tumeurs petites développées sur le bord de l'utérus. Nous savons en effet combien les uretères sont facilement déplacés et l'artère utérine est en outre exposée à être blessée.

La *colpotomie antérieure* permet d'énucléer assez facilement les fibromes antérieurs du col, mais elle donne cependant moins de jour que la postérieure. Récemment Dartigues a décrit cette intervention : « Après avoir placé une valve périnéale à poids, on amarre le corps de l'utérus avec une pince de Museux. On prend ensuite une bougie métallique de Hégard que l'on introduit dans l'urètre et on se rend compte jusqu'où descend la vessie pour éviter de la blesser.

« On pratique alors sur la face antérieure du col une incision transversale, courbe, semi-circulaire un peu prolongée sur les côtés.

« La section transversale, colpotomique antérieure donne en général un orifice de 3 cm. 1/2 de large, moindre

que celui que l'on peut atteindre dans le cul-de-sac postérieur, mais qui peut aller jusqu'à 4 cm. 1/2, en incisant sur les côtés jusqu'au niveau des utérines. En tous cas il ne faut pas oublier que les uretères et les utérines ne seront épargnés, si on recherche la dilation extrême, qu'à la condition de la produire non par une incision, mais par distension progressive des tissus. Du reste, à propos de l'ouverture colpotomique, il y a lieu de tenir compte des conditions individuelles et pathologiques dimensions et dilatabilité du vagin, saillie de la symphyse, abaissement facile de l'utérus, adhérences.

« Puis, avec le doigt on décolle, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, la vessie et les uretères qu'elle entraîne dans sa séparation...

. . . . . .

« Sitôt qu'on a aperçu le fibrome on l'amarre avec une pince tire-balle ou une pince de Museux et on le décortique très aisément en s'aidant des ciseaux courbes et mousses.

« S'il s'agissait d'un fibrome inter-utéro-vésical sous-péritonéal d'un certain volume on s'aiderait du morcellement en deux ou trois fragments.

« Une fois le fibrome enlevé, on peut capitonner par un surjet la loge d'énucléation, et suturer par un autre surjet les lèvres de la colpotomie. Si on ne peut, se borner à tamponner avec une mèche de gaze cette loge et le cul-de-sac antérieur du vagin. »

Toutes ces énucléations vaginales, quelle que soit la méthode employée, ne peuvent s'adresser sans dangers qu'à de petits fibromes du col.

Voie abdominale. — Nous n'avons rien de particulier à en dire. Elle s'appliquera surtout aux fibromes du col pédicules qui sont très rares. L'énucléation d'une tumeur volumineuse du col sera souvent difficile, l'utérus étant dans ce cas complètement déformé. L'opération ne présente rien de particulier pour les fibromes du col. Elle est seulement plus difficile, la tumeur située dans le fond du petit bassin est peu acessible, et quand elle n'est pas trop volumineuse elle est plus facile à atteindre par le vagin.

Signalons enfin l'ablation périnéale d'une tumeur développée dans la cloison recto-vaginale. Cette opération a été faite par Péan, par le professeur Pozzi. Elle doit être tout à fait exceptionnelle.

HYSTÉRECTOMIE

Nous ne reviendrons pas sur le débat entre l'hystérectomie vaginale et abdominale. L'hystérectomie vaginale devient de plus en plus rare, et, pour les fibromes du col en particulier où les difficultés opératoires sont souvent très grandes, où les organes déplacés ont perdu leurs rapports normaux, cette opération n'est pas sans dangers. Nous n'envisagerons donc que l'hystérectomie abdominale.

Doit-on faire une totale ou une subtotale? — Ceci tient uniquement à la situation du fibrome. Si la portion intravaginale du col n'est pas envahie par la tumeur, rien ne s'oppose à ce que l'on fasse une subtotale. Il ne

semble pas que l'on soit plus exposé dans les fibromes du col que dans les autres à la dégénérescence du moignon.

Mais si le col est entièrement envahi, on sera forcément amené a faire une hystérectomie totale. Dans beaucoup de cas le vagin est distendu par la tumeur, et on peut être amené à faire une hystérectomie totale sans le savoir, en ouvrant le vagin à la surface de la tumeur là où on se croyait au contact du tissu utérin.

Quel procédé employer dans ces hystérectomies, totale ou subtotale ? Il est impossible de répondre à cette question. Ces tumeurs du col utérin peuvent revêtir des aspects si différents, donner lieu à de telles surprises que c'est seulement le ventre ouvert, alors que l'on a la tumeur sous les yeux, que le flair chirurgical de chacun lui suggérera le meilleur mode opératoire, Tous les procédés sont bons, ils conviendront plus ou moins bien au cas particulier.

Il est certain que les grosses tumeurs de la face postérieure développées dans l'abdomen se trouveront fort bien du procédé ordinaire.

L'hémisection que nous trouvons indiquée dans deux de nos observations ne semble pas un procédé bien recommandable. J.-L. Faure conseille de ne l'employer que lorsque l'utérus est petit, ce qui n'est pas le cas ici.

La décollation antérieure que, dans sa thèse, Villechaise recommande pour les tumeurs du ligament large ne peut rendre de service que pour des fibromes développés dans les parties latérales du col et pédiculés.

Dans les tumeurs antérieures ou postérieures il sera

souvent impossible d'aller ouvrir le cul-de-sac postérieur comme dans le procédé de Doyen ou le cul-de-sac latéral comme dans celui de Kelly Segond.

Haultain puis Schickele recommandent d'attaquer plutôt le cul-de-sac vaginal antérieur.

Voici comment procèdent ces auteurs. A l'ouverture de l'abdomen on saisit avec une pince ou le tire-bouchon la partie supérieure de la tumeur et on la luxe en arrière. On pince et on sectionne les pédicules utéro-ovariens et les ligaments ronds. Ce temps peut être rendu délicat par la disposition des annexes à la surface de la tumeur.

On incise le péritoine transversalement à la surface de la tumeur, sur sa partie antérieure et très haut, pour ne pas blesser la vessie. Celle-ci est décollée prudemment en rasant de près la tumeur. Il faut apporter une grande attention à ce décollement en général facile, et veiller à ne pas blesser les plexus veineux rétrovésicaux souvent très développés. Se méfier également de la saillie possible d'un noyau fibreux qui repousserait la paroi vésicale postérieure.

Le décollement achevé, pincer et couper les pédicules utérins sur les côtés, aussi bas que possible.

Ouvrir alors la paroi antérieure du vagin immédiatement au-dessous du col. Prolonger peu à peu l'incision sur les côtés et en arrière jusqu'à section complète du vagin.

S'il s'agit d'un fibrome de la paroi postérieure du col, Schickele enfonce le tire-bouchon dans la partie de la tumeur qui apparaît immédiatement en arrière de

la section vaginale, et achève de le dégager, de le décortiquer de ces adhérences, de bas en haut, jusqu'au moment où la tumeur est complètement extériorisée.

Haultain conseille au contraire, dans ce cas, de libérer d'abord la tumeur en arrière, de l'énucléer de son lit et de ne sectionner le cul-de-sac antérieur du vagin qu'après avoir poussé cet isolement aussi loin que possible.

Le procédé indiqué par ces auteurs peut évidemment convenir à nombre de cas, mais il ne peut convenir à tous.

Il existe au contraire un certain nombre de considérations qui s'appliquent à tous les fibromes du col indistinctement. Le Professeur Lejars les a déjà indiqués, le Professeur Hartmann dans sa *Gynécologie opératoire* y insiste. Ils découlent tout naturellement des considérations anatomiques que nous avons exposées.

L'ouverture de la paroi abdominale sera extrêmement prudente, et sitôt l'aponévrose incisée on se reportera très en haut, vers l'ombilic pour ouvrir le péritoine. Même à ce niveau il faudra se méfier : n'avons-nous pas signalé des vessies qui remontaient jusqu'à l'ombilic ? Si on trouve une couche graisseuse propéritonéale abondante, analogue à celle que l'on trouve habituellement devant la vessie, il faudra faire la plus grande attention.

Le ventre ouvert, on incisera le péritoine très haut sur la tumeur. On le décollera avec précaution en suivant la masse fibromateuse le plus près possible. On évitera ainsi la vessie, on évitera également les ure-

tères. Mais il ne faut pas oublier que ceux-ci peuvent avoir une situation des plus variables passant sous la tumeur, sur ses côtés, en dessus d'elle. Il faut donc s'attendre à les rencontrer à tout moment.

Non seulement ils passent à la surface de la tumeur, mais ils peuvent la traverser, être cachés par une bosselure. Aussi la libération du fibrome demandera la plus grande attention.

Ce sont toutes ces difficulté qui rendent si précieuse la manœuvre que nous avons vu employer par le Professeur Quénu, **l'énucléation précédant l'hystérectomie.**

Nous voyons dans nos observations que plusieurs auteurs ont employé ce procédé avec succès. Mais dans les recherches que nous avons faites sur ce sujet dans les traités classiques de technique opératoire ou de gynécologie, nous n'avons trouvé nulle part une description précise de ce mode opératoire. A peine de-ci, de-là quelques mots sur le morcellement. Le Professeur Pozzi qui dans son traité consacre un article au traitement des corps fibreux intraligamentaires n'en parle pas. Il nous semble cependant qu'il y aurait avantage à préconiser cette technique.

La tumeur, utérus et fibrome, est mise à découvert, isolée de l'intestin par des champs protecteurs. On fixe la tumeur avec le tire-bouchon et on sectionne entre ligatures les ligaments ronds et les pédicules utéro-ovariens. Si la tumeur n'est pas mobile, si son extraction et sa décortication semblent devoir être difficiles et dangereuses, si les vaisseaux étalés à sa surface ne peuvent

être pédiculisés, on se décide à faire l'énucléation primitive. On bascule la tumeur de façon à mettre bien en évidence sa partie saillante, soit en la tirant en avant s'il s'agit d'un fibrome postérieur du col, soit en décollant la vessie s'il s'agit d'un fibrome antérieur, soit en ouvrant le ligament large si c'est un fibrome latéral.

On incise franchement le tissu utérin sur la tumeur. Entre les deux lèvres de la plaie utérine qui s'écartent, apparaît la masse fibromateuse. Une pince de Museux la saisit solidement, puis avec le doigt ou des ciseaux courbes fermés, on l'énuclée facilement de sa loge.

Les choses peuvent être un peu plus compliquées. La tumeur ne se laisse pas sortir de sa loge, car elle est très volumineuse et présente des bosselures. Son énucléation serait difficile, pénible.

C'est justement le fait qui s'est produit le jour où nous aidions M. le Professeur Quénu. La tumeur était solidement saisie, mais malgré les tractions elle ne venait pas. Le Professeur Quénu enleva alors en pleine masse fibromateuse, au bistouri, un quartier de cette tumeur en forme de coin. Bien que la tumeur ne fût pas très diminuée de volume, cela suffit. Le reste du tissu fut facilement sorti de sa loge.

Aussitôt après l'utérus s'élève facilement la partie inférieure de la masse se pédiculise. Les artères utérines qui tout à l'heure décrivaient à la surface du fibrome de vastes sinuosités sont pincées comme dans la plus simple des hystérectomies.

Le vagin est ouvert et l'hystérectomie totale terminée.

Une opération qui s'annonçait longue et difficile est ainsi rapidement achevée. Les uretères n'ont pas été vus au cours de l'intervention.

Nous ne saurions trop insister sur les avantages de ce procédé qui simplifie énormément la décortication de la tumeur. On chemine d'abord dans l'intérieur même de la masse, ce qui permet à coup sur d'éviter les uretères et la vessie, et ce n'est que lorsque la tumeur est considérablement diminuée de volume, que l'utérus est vide de son fibrome qu'on isole son pourtour, le décortiquant beaucoup plus facilement, en trouvant des organes qui tendent déjà à reprendre leurs rapports normaux.

C'est ce que nous constatons en particulier pour les artères utérines. Avant l'énucléation du fibrome, les éléments vasculaires sont séparés les uns des autres à la surface de la tumeur, qui déplisse tous les tissus environnants et qui étale les artères et les veines. Dans ces conditions il est difficile de faire une bonne hémostase Il faudrait placer quantité ce pinces pour saisir tous les éléments vasculaires, ces pinces encombrent le champ opératoire, se chevauchent et malgré leur grand nombre n'assurent souvent qu'une hémostase imparfaite.

Dès que la masse fibreuse est sortie de sa loge, tout change. Cette énucléation qui s'est faite à l'intérieur du muscle utérin, sans hémorragie notable va permettre une hémostase correcte. L'utérus reprend dans une certaine mesure sa forme normale. Le fibrome peu mobile, qui tout à l'heure recouvrait les pédicules vasculaires et cachait le fond de la cavité pelvienne ne nous

gène plus. Les vaisseaux sanguins eux-mêmes prennent une disposition toute différente. Au lieu de s'étaler, de ramper dissociés à la surface de la tumeur, ils vont se ramasser, se rapprocher les uns des autres ; les pédicules vont se reconstituer. Dès lors, au lieu d'une série de pinces, il suffira d'une seule pince correctement et facilement placée pour assurer une hémostase parfaite.

De cette façon on verra exactement ce que l'on fait, on pourra se baser sur les données anatomiques normales et ce sera le meilleur moyen d'éviter l'uretère, qui, s'il est encore déplacé et passe dans le champ opératoire sera moins masqué par un pédicule vasculaire bien condensé que par une série de vaisseaux étalés sans ordre.

Un autre avantage de l'énucléation est de pédiculiser la tumeur à son pôle inférieur, au niveau du vagin. Si on soupçonne l'existence simultanée d'un fibrome du col et d'une dégénérescence maligne de la muqueuse du corps (obs. XIV) on pourra facilement fermer le vagin par deux pinces en L et enlever ainsi en vase clos toute la masse de la tumeur sans être exposé à l'issue par le col de liquides septiques qui viendraient souiller la cavité pelvienne.

Une seule objection pourrait être faite à cette méthode. L'énucléation n'expose-t-elle pas à l'ouverture de la cavité utérine? Il est certain que cette éventualité peut se réaliser bien que le plus souvent le fibrome du col bien isolé du tissu utérin voisin par son plan de clivage se laisse facilement énucléer. Mais il est des cas où il vient faire saillie sous la muqueuse qui sera pres-

que fatalement lésée. Cela n'a pas une grosse importance. Il suffira de protéger encore plus exactement la cavité abdominale, au besoin de fermer par quelques pinces la brèche utérine jusqu'à ce que l'on ait terminé l'ablation de la tumeur. Un drainage de quarante-huit heures, dans les cas douteux donnera toute sécurité.

L'énucléation du fibrome comme premier temps de l'hystérectomie est donc une méthode essentiellement pratique. Elle n'expose à aucun risque, l'ouverture de la cavité utérine est facilement évitée et si elle se produit n'a pas de conséquences graves. Elle ne présente que des avantages ; elle simplifie l'intervention, la rend plus rapide, la rapproche de l'opération d'un fibrome du corps, simple, sans adhérences. Elle permet de voir ce que l'on fait, car les organes déplacés vont reprendre leur rapports anatomiques normaux. Les vaisseaux étalés vont se ramasser en pédicules plus étroits, et l'uretère qu'il ne masqueront plus ne sera pas exposé à être saisi entre les mors d'une des multiples pinces, nécessaires pour assurer une hémostase imparfaite, et à être sectionné ou étranglé dans une ligature.

TRAITEMENT DU FIBROME DU COL COMPLIQUANT LA GROSSESSE

Au cours de la grossesse l'intervention est rarement indiquée. Cependant, si le fibrome provoque des accidents de compression vésicale ou rectale, des douleurs violentes, des troubles cardiaques et dyspnéique, si la

tumeur prend une marche galopante on sera amené à intervenir.

Le fibrome du col étant en général facilement accessible par le vagin, l'énucléation vaginale qui permet à la grossesse de suivre son cours pourra être essayée.

Mais si la tumeur est très volumineuse on préférera la voie abdominale. On tentera aussi l'énucléation qui ici n'offre rien de spécial, cependant l'hémorragie qu'elle détermine oblige quelquefois à l'hystérectomie.

Si l'énucléation est impossible on devra faire l'hystérectomie de parti pris, et c'est à cette conduite que s'est arrêté le professeur Quénu (obs. LXXX). Ici encore ce que nous avons dit de l'énucléation comme premier temps de l'hystérectomie trouvera son application. C'est ce qu'on a fait dans ce cas, après avoir pu, en raison de la vascularisation excessive et du sillon qui s'y prêtait, poser un lieu élastique entre les deux parties de la tumeur.

On a enlevé une série de tranches du fibrome qui ont permis de pédiculiser les vaisseaux extrêmement dilatés.

Si au lieu d'intervenir pendant la grossesse, on est appelé près d'une femme à terme ; si les fibromes du col ne présentent aucune tendance au ramollissement, ni aucune tendance à l'ascension, il est à peu près certain que l'accouchement ne pourra se faire par les voies naturelles. D'après Olhsausen quand l'ascension du fibrome ne s'est pas faite vers le sixième au septième mois on a peu de chances de la voir s'effectuer pendant le travail.

Dans ces cas il vaudra mieux suivre le conseil du

professeur Hartmann, opérer sans attendre le début du travail et faire une cæsarienne suivie d'hystérectomie.

Si pendant le travail le fibrome du col ou du segment inférieur n'a aucune tendance à remonter et forme une masse obstruant le pelvis, on aura le choix entre les procédés obstétricaux et opératoires.

Les premiers donnent des résultats déplorables. D'après Puech, le forceps donne une mortalité de 34 °/₀ pour les mères et de 57 °/₀ pour les enfants : la version 76 °/₀ pour la mère, 76 °/₀ pour l'enfant.

Il vaudra mieux intervenir. La myomectomie est possible, mais seulement pour une tumeur peu volumineuse bombant dans un cul-de-sac.

La myomectomie abdominale, a été rarement effectuée.

Il nous reste donc deux procédés, l'opération conservatrice ou l'hystérectomie.

La cæsarienne conservatrice est dans ces cas d'une extrême gravité, aussi beaucoup de gynécologues préfèrent-il faire une hystérectomie ou une cæsarienne suivie d'hystérectomie. Les résultats sont meilleurs et la malade est en même temps débarrassée de sa tumeur fibreuse.

OBSERVATIONS

Observation I. — Fibrome développé aux dépens de la paroi postérieure du col. — Vitry. *Société anatomique*, 1902 (*Résumée*).

50 ans, entre le 5 mai 1902, dans le service du Dr Lejars à Tenon.

Depuis quelques années elle remarque une augmentation du volume du ventre. Ni douleurs, ni métrorragies. Pas de troubles rectaux ni vésicaux.

Au palper, on sent une tumeur arrondie, régulière, remontant jusqu'à l'ombilic avec des parties dures et des parties fluctuantes.

Au toucher le col utérin est reporté sous la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est occupé par une masse d'apparence solide qui se continue avec l'utérus et se prolonge sur les côtés, mais ne forme pas une saillie considérable.

Opération le 15 mai. — Le corps et le fond de l'utérus sont sains, basculés en avant par une tumeur volumineuse qui paraît se continuer avec la face postérieure du col. Dans l'épaisseur du ligament large droit, on sent deux tumeurs aplaties du volume d'une noix.

Suites excellentes.

Examen de la pièce. — Poids 1 kg. 500. Elle se rattache à la face postérieure du col utérin par un pédicule assez large. Sa consistance générale est faible mais présente par places des points ramollis qui à la coupe sont formés de tissu œdématié.

Observation II. — Fibrome utérin pelvien, rétrocervical enlevé par énucléation, après hémisection totale du corps de l'utérus. — Mauclaire, *Société anatomique*, 1902.

F. D..., 38 ans, entre le 15 mars dans le service du Dr Picqué, hôpital Bichat, salle Chassaignac, nº 28, pour des métrorragies abondantes, datant de plusieurs années, avec douleurs abdominales très vives et continues.

Au palper hypogastrique, on sent une masse dure, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et s'étendant latéralement jusqu'aux bords du détroit supérieur. Cette masse est surmontée d'une bosselure médiane assez régulière. En bas elle descend jusque dans tout le petit bassin. On ne peut pas passer la main entre la face interne du pelvis et la tumeur.

Au toucher vaginal, la paroi postérieure du vagin est repoussée en avant par la tumeur. On a du mal à sentir le col utérin repoussé très en avant, derrière la symphyse pubienne. Le toucher vaginal, combiné au palper hypogastrique, permet de reconnaître qu'il s'agit d'une seule et unique masse, englobant l'utérus, comprimant la vessie et le rectum, comme le montrent les troubles fonctionnels, dysurie, constipation.

L'état général est peu brillant, la malade est très faible, très anémiée, affaiblie par des pertes sanguines.

Opération le 17 mars. — Après ouverture de l'abdomen

nous trouvons le corps de l'utérus surplombant un fibrome pelvien développé aux dépens de la partie postérieure du col, et occupant tout le petit bassin. Sur la face postérieure du corps se trouve un petit fibrome sous-séreux. Le corps utérin et la vessie sont étalés par la tumeur et repoussés en haut. A gauche, nous notons une salpingo-ovarite kystique grosse comme une mandarine ; elle est enlevée. A droite, légère salpingite, mais il est impossible de trouver l'ovaire au milieu des adhérences de la région.

Nous attaquons le fibrome par sa face postérieure pour en pratiquer l'énucléation et essayer de conserver l'utérus. Mais les lèvres de l'incision saignent abondamment ; de plus la tumeur est en contact avec le promontoire et par cette face postérieure la manœuvre d'énucléation nous paraît difficile. Nous nous décidons dès lors à aborder le fibrome par sa face supérieure, après avoir fait l'hémisection de la paroi antérieure et de la paroi postérieure seulement du corps de l'utérus.

Cette section faite, nous nettoyons le mieux possible la cavité utérine ouverte. Grâce à la section nous tombons sur le plan de clivage du fibrome. Avec la main nous le décortiquons sur ses faces antérieure et postérieure. Le tire-bouchon introduit profondément, nous permet de tirer sur la tumeur et de décortiquer sa face profonde.

Après énucléation il reste une coque assez épaisse et effilochée. Les deux moitiés de l'utérus sont régulières. Cependant nous n'osons pas tenter de les réunir par une suture méthodique. La vessie est décollée et repoussée en avant. Nous pratiquons alors seulement la ligature des artères utérines. L'isthme est sectionné sur la ligne médiane jusques et y compris le col utérin, et les deux moitiés de l'utérus sont enlevées facilement.

Suture des tranches vaginales, suture du péritoine par-dessus celles-ci. Tamponnement pelvien avec un drainage à la Mikuliczs.

Guérison.

Fibrome de 800 grammes absolument médian.

Observation III. — Volumineuse rétention d'urine, simulant un kyste de l'ovaire tordu et liée à l'existence d'un fibrome latent de l'isthme utérin. — Tavernier et Chalier. *Lyon médical*, 1914.

Femme de 44 ans, qui présente depuis huit jours une volumineuse tumeur rénittente, très tendue pelvi-abdominale remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur, arrondie, sphérique, régulière, exactement médiane donnait au ventre de la malade l'aspect classique en obusier. Douleurs abdominales, quelques vomissements. La malade prétend bien uriner.

On pense à un kyste tordu et on la prépare pour l'opérer. On la sonde. Le cathétérisme est assez difficile car l'urètre était dévié et écrasé contre la symphyse. On évacue 2 litres 1/2 d'urine. Le ventre redevient souple. Le toucher vaginal fait sentir un fibrome pelvien et presque immobile. Son ablation est décidée immédiatement et pratiquée par hystérectomie subtotale. Cette opération est rendue plus longue et plus laborieuse que de coutume par suite de la situation très basse du fibrome, de son enclavement dans le ligament large droit et de sa fixation dans le petit bassin, toutes conditions qui empêchent l'ascension de la tumeur.

Sur la pièce, on voit que l'utérus présente à l'union de son col et du corps un fibrome sphérique, du volume d'une tête de

fœtus, qui fait surtout saillie en avant et à droite. Il s'agit donc, chez cette malade, d'un fibrome pelvien développé dans l'isthme, assez bas placé et assez gros pour avoir déterminé de la compression de l'urètre, d'où l'énorme distension d'urine observée.

Observation IV. — Fibrome utérin développé aux dépens de la portion latérale gauche du col. — Rabère. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911.

Malade de 35 ans, venue pour des crises de rétention d'urine. Hystérectomie abdominale totale.

Tumeur grosse comme un poing volumineux, développée aux dépens de la portion latérale gauche du col ; le corps utérin surmonte la tumeur du côté droit. Le siège de ce fibrome inclus et immobilisé dans le petit bassin, développé entre les deux feuillets du ligament large explique les troubles urinaires présentés par la malade.

Observation V. — Volumineux fibrome de l'utérus, du poids de 4 kgr. 500 enlevé le 18 juin 1912 par hystérectomie totale. — Rabère. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1912.

Tumeur ayant pris naissance au niveau de la portion latérale droite du col utérin, développée primitivement dans le ligament large droit. Puis peu à peu, en augmentant de volume elle s'est développée en arrière du péritoine, le décollant de la face postérieure du pelvis et de l'abdomen. De telle sorte que la tumeur portait le cæcum et l'appendice à son extrémité supérieure.

Au cours de l'intervention l'uretère a été sectionné et suturé. La malade va actuellement très bien et paraît devoir guérir rapidement.

Observation VI. — Morcellement et énucléation par voie vaginale de volumineux fibromes interstitiels du corps et du col de l'utérus. — Oui. *Echo médical du nord*, 1906.

Marie B , femme V., 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 26 avril 1906.

Antécédents personnels : premières règles à 16 ans, trois grossesses à 22, 24, 28 ans.

Il y a trois mois elle a commencé à perdre du sang ; depuis six mois ces pertes sont devenues presque permanentes, souvent fétides. Ces pertes ne sont accompagnées que depuis trois mois de douleurs abdominales qui sont devenues extrêmement pénibles. La malade ayant consulté un médecin, celui-ci diagnostique une tumeur utérine et lui conseille d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Cette femme se présente à l'hôpital le 26 avril. Elle est notablement anémiée mais en assez bon état général; elle déclare n'avoir pas maigri et avoir conservé ses forces. Les fonctions digestives sont restées normales.

Le ventre est gros et le palper y fait constater la présence d'une tumeur volumineuse arrondie et dure, remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Lorsqu'on pratique le toucher, le doigt tombe sur une tumeur sphérique, résistante qui emplit tout le vagin. Il est impossible d'arriver au fond des culs-de-sac vaginaux, ni de sentir en aucun point les lèvres du col utérin. Tout au plus arrive-t-on à constater, tout à fait en arrière et très haut, une petite dépression qui semble devoir être considerée comme l'orifice du col. Tous les mouvements imprimés à la tumeur vaginale se transmettent à la tumeur abdominale et le palper bimanuel permet d'affirmer que les deux tumeurs ne forment qu'une seule masse.

Deux écarteurs vaginaux découvrent la tumeur vaginale qui descend jusqu'à la vulve. Sa surface est rouge suintante et présente de place en place de petites ulcérations.

Par suite des connexions intimes des tumeurs abdominale et vaginale et de l'impossibilité de déterminer autour de la tumeur un bourrelet représentant le col dilaté, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'un polype mais d'une masse fibromateuse ayant dissocié et envahi le tissu même du col.

Opération le 1er mai. — Un écarteur vaginal est placé en arrière, un autre en avant et la tumeur est fixée et abaissée à l'aide du tire-bouchon de Segond. Elle est ensuite évidée par morcellement à l'aide de ciseaux en une quinzaine de morceaux. On peut dans la masse formée par la tumeur énucléer plusieurs petits fibromes arrondis du volume d'une noix.

Lorsque ce morcellement est à peu près terminé on découvre en avant, sous forme d'un très léger relief, la lèvre antérieure du col qui fait partie intégrante de la coque du fibrome. Une section faite le long de ce très mince bourrelet, permet de se débarrasser complètement de la tumeur vaginale.

On constate alors l'existence, au point où l'examen avait fait sentir une dépression de l'orifice du col bordé en arrière par une portion du col d'apparence normale, englobé en avant et sur les côtés par une masse fibreuse qui fait saillie entre la muqueuse cervicale et la muqueuse de la face externe du col. On est donc en présence d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qui a infiltré et dédoublé la lèvre antérieure du col. La tumeur est alors saisie avec deux larges pinces de Museux et énucléée au doigt. En quelques minutes l'énucléation est achevée.

Excision de quelques lambeaux capsulaires, tamponnement de la cavité avec trois fortes mèches de gaze iodoformée.

Poids des fragments enlevés : 1 kilogramme.

Suites normales. Le tamponnement est enlevé le 5 mai et remplacé par un tamponnement moins serré. Le 8 mai, le tamponnement est définitivement enlevé ; le col reformé présente une large ouverture transversale.

Observation VII. — Volumineux fibrome développé aux dépens du col et inclus dans le ligament large. Hystérectomie totale. Guérison. — Villar. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1906.

41 ans. Sans antécédents héréditaires. A toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 16 ans toujours régulièrement. Règles peu abondantes, non douleureuses, durant trois à quatre jours. Jamais de pertes blanches. Mariée à 27 ans elle a eu quatre grossesses à 28, 31, 35, 38 ans, et une fausse couche à 34 ans. Les grossesses ont évolué normalement, sans incidents. Accouchements à terme. La fausse couche faite à 34 ans était de 4 mois. La malade en attribue la cause à un effort trop grand qu'elle fit pour soulever un fardeau. Pas de complications à la suite.

Toutefois la malade nous dit que la dernière grossesse n'a pas évolué tout à fait comme les précédentes. Elle fut un peu douloureuse et pour l'accoucher on dut employer le forceps. Son médecin aurait dit à ce moment que l'obstacle à l'accouchement était une grosseur dans la matrice, un fibrome.

Rien de particulier jusqu'à l'an dernier, où la malade aurait eu une rétention d'urine de quatre jours. C'est le seul trouble urinaire accusé par la malade jusqu'à ce jour.

En octobre et novembre 1904 elle eut des règles plus abondantes qu'à l'ordinaire et qui durèrent huit jours. Les mois

suivants règles normales. Ce n'est que le mois dernier que pour la première fois, les règles, d'abondance et de durée normales, commencèrent à être douloureuses. Inquiète, au mois de juin elle consulte son médecin qui trouve sa matrice augmentée de volume et songe à une grossesse. Le diagnostic est confirmé par un autre médecin qui songe à une grossesse de quatre mois. Pertes rouges intermittentes tout le mois de juin. Au mois de juillet pour la première fois, en dehors des règles une forte métrorragie. Les règles de la malade continuent à être douloureuses. Celle-ci qui se refusait à croire qu'elle fut enceinte, vient à la maternité où l'idée de grossesse est repoussée. C'est dans ces conditions qu'elle entre dans mon service le 27 septembre 1905.

Lorsqu'on examine le ventre de la malade, on le trouve un peu proéminent dans la région sous-ombilicale. Pas de dilatation veineuse. A la palpation on sent une tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic, de consistance élastique, mate à la percussion dans toute son étendue et qu'il est impossible de mobiliser. Au toucher on sent une saillie volumineuse emplissant tout le vagin surtout à droite, de consistance élastique, non douloureuse. Il est impossible de sentir le col. Par le palper bimanuel il est impossible de mobiliser la tumeur qui paraît fortement enclavée dans le petit bassin. Le spéculum ne donne aucun renseignement particulier, on ne peut voir le col. Cette tumeur ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel : pas de douleurs, pas de constipation, un peu de pollakiurie.

Je porte le diagnostic de fibrome utérin inclus dans le ligament large et je décide de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Après laparotomie, je tombe sur un fibrome volumineux, im-

mobilisé dans l'excavation. La section du bord supérieur des deux ligaments larges, me permet de le désenclaver légèrement, mais il est toujours retenu au fond de l'excavation. Je constate que le corps de l'utérus, de volume normal est collé à la partie supérolatérale gauche de la tumeur. Donc le fibrome s'est développé exclusivement aux dépens du col et c'est ce qui explique pourquoi je n'ai pu ni voir, ni sentir le col pendant mon examen clinique. La tumeur était également incluse dans le ligament large surtout à droite. Je n'avais qu'à inciser le feuillet péritonéal pelvien. Je dus, avant d'arriver sur le plan de clivage inciser plusieurs feuillets. Lorsque la tumeur fut suffisamment dégagée, je l'extirpais en totalité. Je dois dire que le vagin était rencontré très haut sur la tumeur, à tel point qu'il se trouva ouvert sans que j'ai pu m'apercevoir de son ouverture. Les parois vaginales étaient extraordinairement épaissies. Suture complète du péritoine pelvien. Mèche dans le vagin. Suture de la paroi, sans drainage.

Suites très simples.

Observation VIII. — (Fibrome utérin de la portion susvaginale du col développé dans la cloison recto-vaginale. Extirpation par le vagin. Guérison. — Caillaud. *Société Anatomique de Paris*, 1911.

Le 23 mai 1908, M^me^ B. entre à l'hôpital de Monaco.

Rien à noter dans les antécédents. Réglée à 13 ans. Menstruations régulières. Pas mariée, pas de grossesse.

Le début de la maladie remonte à six mois environ. Les premiers symptômes furent de la constipation et de la gêne pour uriner se manifestant pendant les deux ou trois derniers jours qui précèdent les règles. Les règles étaient très peu abon-

dantes, durant deux jours au plus, pas de pertes blanches.

Les urines étaient claires et abondantes, les mictions fréquentes et peu douloureuses. Ces symptômes augmentent d'intensité peu à peu. Une semaine avant d'entrer à l'hôpital, le 15 mai, la rétention de l'urine et des matières fécales devint très forte et détermina des douleurs de ventre.

A son entrée à l'hôpital, le 23 mai, la malade présentait les signes d'une grosse rétention urinaire. On la sonda et on retira deux litres d'urine claire et limpide sans sucre, ni albumine. Le lendemain, à 8 heures, on dut encore la sonder et on retira 1 litre 3/4 d'urine. On procède alors à l'examen.

Par le toucher vaginal on sent immédiatement, à 3 centimètres environ de la fourchette, une masse volumineuse, dure, arrondie, soulevant la paroi postérieure du vagin. Cette masse s'étend en arrière jusqu'à l'extrémité de l'index, et latéralement d'une branche ischio-pubienne à l'autre. La masse est assez régulière, légèrement mamelonnée, pas du tout douloureuse. Elle paraît absolument fixe dans sa situation. Derrière la symphyse et à droite on sent le col utérin petit, effacé, pas douloureux. Il est difficile d'établir les connexions qui rattachent le col et la tumeur.

Par le toucher rectal, on sent également une masse arrondie, régulière, légèrement mamelonnée, non douloureuse, bombant dans le rectum.

Au spéculum, on constate que la paroi postérieure du vagin soulevée par la tumeur, ne lui est pas adhérente et donne l'impression d'en être séparée par du tissu cellulaire lâche.

En somme il s'agit d'une tumeur sphérique, beaucoup plus apparente dans le rectum que dans le vagin.

Le cathétérisme vésical indique une vessie volumineuse, longue d'avant en arrière, d'au moins 15 centimètres.

Le diagnostic porté est celui de fibrome de la portion sus-vaginale du col utérin développé dans la cloison rectrovaginale.

Opération le 29 mai. — Le vagin est incisé transversalement à 4 centimètres environ en avant de la fourchette. On tombe de suite sur la tumeur, séparée de la paroi vaginale par une mince couche de tissu cellulaire. La tumeur, mise à nu, se présente avec tous les caractères des fibromes utérins ; elle est morcelée en commençant par sa face supérieure. Quand on arrive à la face inférieure on s'efforce de procéder par énucléation, en décollant prudemment pour ne pas léser le rectum. On arrive ainsi à enlever toute la masse, dont le volume total était celui d'une tête de fœtus à terme. Il reste alors à travers l'incision vaginale un sac volumineux, formé par l'enveloppe de la tumeur, adhérent en haut à l'utérus. On résèque une partie de ce sac. On fait l'hémostase, on suture ce qui reste en capiton et on le refoule à travers l'incision vaginale. On voit alors à travers le vagin la cavité péritonéale. On met un drain dans le péritoine et on suture le vagin de chaque côté du drain.

Les suites opératoires furent très simples. Il y eut un peu de cystite les premiers jours, mais on en vint rapidement maître avec quelques lavages. Le drain fut retiré le quatrième jour.

La malade se leva au bout d'une vingtaine de jours ne sentant plus aucune gêne. L'examen vaginal montre la parfaite réparation de la plaie ; le col petit et souple. Le palper indique que le cul-de-sac postérieur est entièrement libre.

Observation IX. — Fibrome sus-vaginal postérieur du col. — Rocher et Lacoste. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1909.

46 ans, entre le 10 juillet 1909 parce qu'elle perd continuellement du sang en abondance depuis septembre 1908.

Pas d'antécédents héréditaires; rien à signaler jusqu'à il y a huit ans, si ce n'est trois grossesses à 22, 26 et 30 ans. La première terminée par une fausse couche de quatre mois.

A 38 ans, crise douloureuse dans le bas-ventre, qui dura deux mois, et s'accompagna de pertes blanches abondantes. Injections chaudes, repos. A partir de cette époque, les règles reviennent plus abondantes. En septembre 1908 apparaissent des métrorragies. La malade perd continuellement du sang et ne connaît plus l'époque de ses règles.

A son entrée à l'hôpital, elle est un peu amaigrie et profondément anémiée. Légère augmentation de volume de l'utérus repoussé en avant du côté de la symphyse, par une tuméfaction située dans le cul-de-sac de Douglas formée par les annexes douloureuses au toucher et plus volumineuses à droite qu'à gauche.

Hystérométrie, 8 centimètres.

A aucun moment il n'y a eu de signes de compression ni de la vessie, ni du rectum.

Laparotomie médiane. Hystérectomie abdominale subtotale ; ablation de l'utérus de haut en bas et des annexes secondes.

Intervention longue et difficile étant données les adhérences très intimes des annexes dans le bas-fond de l'excavation particulièrement au rectum et cause des adhérences très étendues de la séreuse (partie postérieure) la péritonisation de la large surface cruentée est impossible et nous suturons le bord libre de l'anse sigmoïde du colon à la lèvre péritonéale antérieure.

Drainage de l'excavation pelvienne par un drain vaginal et une mèche de gaze. Drainage de la grande cavité abdominale par un drain suspubien.

Pièce. — Lésions annexielles très accentuées, trompes tor-

tueuses à parois très épaisses. Ovaires sclérokystiques ; utérus un peu plus volumineux que normalement présentant au niveau de la portion sus-vaginale du col un fibrome du volume d'un œuf de poule. Celui-ci siège exactement en arrière et à gauche de la ligne médiane. On voit les vaisseaux utérins passer au-devant de lui. Cette tumeur fibreuse s'est pour ainsi dire énucléée de la base du ligament large gauche, hors du parenchyme utérin qui ne la recouvre que sur une faible épaisseur, 2 millimètres. C'était elle que nous sentions par le toucher vaginal ; mais elle était si bien englobée et fusionnée avec les annexes gauches que nous ne l'avions pas diagnostiquée, et que nous avions attribué les hémorragies dont se plaignait notre malade à des lésions d'annexite double plus prononcées à gauche et a de la métrite concomitante.

Suites opératoires excellentes.

Observation X. — Fibrome cervical sessile à développement antérieur. Hystérectomie abdominale. Guérison. — Péraire. *Société anatomique de Paris*, 1906.

Mlle B., femme de chambre, 31 ans, vient nous voir le 20 octobre 1906.

En bonne santé habituelle. Jamais de maladies, si ce n'est une pleurésie droite il y a quatre ans.

Réglée à 14 ans, facilement et sans douleurs ; les règles durent seulement deux jours. Ecoulement menstruel très peu abondant. Dans l'intervalle leucorrée abondante.

Au mois de février 1906, pertes sanguines trois fois dans le mois, à intervalles de dix jours. Ces pertes étaient abondantes et auraient chaque fois duré trois jours.

Au mois de juillet elle s'est aperçue d'une tuméfaction sur-

venue dans le ventre. Cette tuméfaction était grosse comme un œuf et mobile. Elle est devenue douloureuse et s'est accompagnée de fièvre il y a trois semaines. Cet état a persisté pendant une dizaine de jours; les douleurs duraient toute la journée.

Actuellement, 20 octobre, les douleurs ont disparu presque complètement : elles ne se produisent que de temps en temps dans la journée. La tuméfaction sentie dans l'abdomen est du volume d'une tête de fœtus, elle se déplace avec les changements de position de la malade, elle est située à gauche de l'abdomen. Elle ne dépasse pas la ligne médiane ; distante de deux travers de doigt de l'ombilic. En bas, elle arrive jusqu'au pubis sous lequel elle paraît s'enfoncer. En dehors elle est distante de 5 centimètres de l'épine iliaque autéro-supérieure. A gauche de l'abdomen il existe une seconde tumeur plus petite et tout aussi mobile, s'enfonçant dans l'excavation pelvienne. Au toucher, on trouve le pôle inférieur de la tumeur au-devant du col ; elle est absolument immobile ; en arrière le cul-de-sac est rempli par une tumeur moins dure qui paraît être le corps utérin. La malade a eu très fréquemment des troubles vésicaux, cystite très douloureuse au mois de juillet. Amaigrissement prononcé depuis un an.

Le 24 novembre 1906, chloroformisation par le Dr Saison-Lierval. Avec l'aide du Dr Bernard laparotomie. Le péritoine est ouvert très haut, non loin de l'ombilic et la section est prolongée prudemment par en bas. On découvre une masse énorme qui émerge du bassin et remplit toute sa moitié antérieure, au-devant de laquelle remonte la vessie. En arrière de cette masse se trouve l'utérus qui paraît bien aussi contenir un ou deux volumineux fibromes enclavés dans le petit bassin.

Le feuillet séreux péri-utérin est incisé un peu au-dessus du

cul-de-sac supérieur de la vessie, puis décollé à la compresse en le rabattant comme une poche vide sur le pubis. La tumeur sous-jacente étendue d'un côté à l'autre du petit bassin descend dans la cavité pelvienne, et ne semble pas mobilisable, pourtant en la libérant en avant et sur les côtés on peut la saisir avec le tire-bouchon et l'énucléer au dehors.

Après ligature et section des ligaments larges on peut faire sortir hors de la cavité pelvienne les trois fibromes logés dans la face postérieure de l'utérus. On se débarrasse d'eux par l'excision directe. Le vagin est immédiatement incisé transversalement en arrière, puis peu à peu sectionné latéralement et en avant. Hystérectomie totale. La cavité vaginale est fermée avec des fils de soie. Péritonisation complète de tous les pédicules.

Drainage abdominal, pansement. Suites opératoires très simples. La température ne monte pas au-dessus de 37°2.

Le drain est supprimé au bout de quarante-huit heures. Le 2 novembre, vives douleurs en urinant. Ces douleurs persistent pendant deux jours. On fait quelques lavages vésicaux. La malade rend dans ses urines le 4 novembre des calculs, dont deux de la grosseur d'un pois.

Le 5 novembre on enlève les fils. Guérison parfaite. Elle sort de la maison de santé le 13 novembre. Revue le 4 décembre, état parfait.

Observation XI. — Fibrome du col et épithélioma du corps de l'utérus. — Piquand et Loubeyre. *Société anatomique de Paris*, 1909.

Femme de 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies. La malade raconte qu'elle n'était plus réglée depuis quatre

ans, lorsqu'il y a trois mois elle a vu reparaître des pertes sanguines assez abondantes qui n'ont pas cessé depuis.

L'examen montre une masse volumineuse, mobile, faisant corps avec l'utérus dont la cavité est très allongée.

Diagnostic. — Fibrome avec dégénérescence maligne.

Hystérectomie abdominale et enlèvement de deux masses, l'une développée aux dépens du corps de l'utérus, l'autre développée aux dépens du col, incluse dans le ligament large droit et fortement enclavée.

Suites opératoires normales. Guérison.

L'examen montre :

1° Un fibrome développé aux dépens du col de l'utérus;

2° Un épithélioma développé aux dépens de la muqueuse du corps utérin et entouré d'une épaisse coque fibro-musculaire présentant des lésions de nécrose.

Observation XII. — Gros fibrome sous-muqueux du segment inférieur. — Santy et Tixier. *Lyon Médical*, 1914.

Malade entre salle Saint-Paul pour des accidents de rétention d'urine.

Sans antécédents pathologiques antérieurs, cette femme depuis le mois d'août dernier, vit survenir sans prodromes, des accès de rétention aiguë qui ne cédaient qu'au cathétérisme et disparaissaient le plus souvent après un seul passage de sonde. Peu à peu la durée de la rétention s'est un peu allongée au cours de ces accès qui se prolongeaient les temps derniers pendant trois ou quatre jours.

Les urines contiennent un tout petit disque d'albumine.

Bien que l'utérus ait été absolument silencieux et que les règles aient été constamment normales d'intensité, on constate

à l'entrée un volumineux fibrome intracervical qui semble avoir distendu l'utérus lui-même, surmonté d'une petite masse dure, sous-péritonéale. Le doigt explorateur trouve le col surmonté par une masse dure du volume d'une tête de fœtus qui le dilate à 5 centimètres environ. Il n'existe aucun phénomène colicatif ou douloureux.

A l'intervention on se trouve en présence d'un très volumineux fibrome occupant la région cervicale qu'il a distendue au point de constituer un véritable segment inférieur surmonté par un tout petit utérus, de volume normal, qui avait été pris, lors de l'examen clinique, pour un fibrome sous-muqueux.

La situation précitée du fibrome le rendait donc difficile à aborder, parce que intra-ligamentaire des deux cotés, et surtout parce que la forme générale de la tumeur allait en s'évasant vers le vagin dont l'insertion utérine était, entièrement recouverte par une masse sphérique du volume d'une tête de fœtus, impossible à luxer. La vessie était remontée assez haut, refoulée par le fibrome mais non adhérente ; les deux uretères étaient, eux aussi, soulevés. L'intervention s'est néanmoins effectuée sans ennuis et la malade va actuellement très bien.

Observation XIII. — Gros fibrome de la face postérieure du col, enclavé dans le pelvis, troubles rectaux et vésicaux ; hystérectomie et castration totale. — Bérard et Murard. *Lyon médical*, 1911.

Malade de 45 ans, entre le 5 mars 1911 salle Ollier, pour des troubles menstruels accompagnés de douleurs et de dysurie.

Dans ses antécédents on relève une pleurésie à 17 ans, une affection appelée bronchite à 35 ans.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, elle le fut toujours régulière-

ment jusqu'au début de l'affection actuel qui remonte à dix-huit mois. Depuis cette époque elle a remarqué que ses règles étaient plus abondantes et duraient cinq à six jours mais sans que jamais elle ait eu des pertes rouges dans l'intervalle. Depuis trois mois est survenue de la leucorrée qui a augmenté ces derniers temps.

Les douleurs qui sont très vives remontent à six mois et sont devenues très violentes, douleurs pelviennes irradiées, surtout marquées la nuit et au moment des époques. Il s'est établi une constipation opiniâtre et en même temps des signes vésicaux, qui, apparus avec les douleurs ont pu au début amener un accès de rétention à la suite duquel la malade recourut à l'emploi presque constant de la sonde.

D'ailleurs il y eut des signes d'irritation de la vessie, traduits par une pollakuirie telle que la malade se sondait jusqu'à trois fois dans la même nuit.

Pas de signes généraux.

A l'examen on sentait une volumineuse tumeur abdominale remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, et un peu irrégulière. Cette tumeur mobile, un peu douloureuse était retrouvée au toucher vaginal. Par le toucher on trouvait dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse dure lisse, subissant des mouvements très nets mais limités lorsqu'on communiquait des mouvements à la masse abdominale. De même l'expérience contraire traduisait l'identité des deux sensations.

Intervention le 11 mars. — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve un utérus presque normal que surmonte une tumeur volumineuse enclavée dans le pelvis qu'elle remplit à peu près complètement et qui est inclue dans les ligaments larges.

Après hémostase et section des deux pédicules tubo-ovariens

et des ligaments ronds, on essaie en vain de mobiliser la tumeur par en haut. Il faut inciser franchement en avant après avoir repoussé la vessie et en plein dans le tissu capsulaire de la masse. On ouvre aussi le col qui est très étiré et aminci, en arrière duquel on trouve un plan de clivage que l'on suit facilement. Ligature des deux artères utérines, énucléation du fibrome. Reconstitution de la base du ligament large par-dessus le vagin suturé. On termine par une péritonisation facile et une suture totale de la paroi.

L'examen de la pièce, montre qu'il s'agit d'une tumeur appendue à la face postérieure du col, aux dépens de laquelle elle s'est développée. Cette tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle s'implante sur toute la partie comprise entre l'isthme et la lèvre postérieure du museau de tanche, développée sous le péritoine refoulé par en haut, au-dessus de l'insertion vaginale que la tumeur a refoulée par en bas.

Observation XIV. — Martin. *Lyon médical*, 1911.

B. Virginie, 67 ans, cuisinière, entre le 23 février 1911, salle Sainte-Thérèse, dans le service du Dr Pollosson.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent aucun interêt spécial.

Toujours en excellente santé et rien ne peut faire soupçonner la tuberculose ou la syphilis.

Réglée pour la première fois à 12 ans et toujours régulièrement. A 33 ans un accouchement à terme. Par suite de manœuvres obstétricales, l'enfant succomba quelques heures après sa naissance. Jamais de fausses couches. La ménopause survint à 55 ans sans incidents.

Deux ans après, il y a donc dix ans de cela, la malade eut une

perte abondante de sang et de caillots pendant neuf jours consécutifs. Très anémiée, elle voit un médecin qui diagnostique un fibrome.

Le ventre grossit à ce moment mais insensiblement, et la malade reste deux ans sans perdre. Puis à intervalles réguliers reviennent des pertes rouges et de rares pertes blanches qui durent encore quand la malade entre à l'hôpital. Le ventre continue à grossir.

Elle sort du service des « angines » où elle a été en traitement pendant quelques jours pour une banale inflammation de la gorge, et c'est là qu'on lui conseille de venir se montrer en chirurgie.

A son entrée, on a affaire à une femme vigoureuse qui paraît plus jeune qu'elle ne l'est en réalité. Elle se dit bien un peu amaigrie et affaiblie depuis quelques mois, mais l'état général est satisfaisant.

Le murmure vésiculaire est normal dans toute la hauteur des deux poumons.

Le cœur est un peu gros, battant dans le cinquième espace en dehors de la ligne mamelonnaire, mais il n'y a pas de bruit de galop, ni de souffle.

Les urines contiennent un très léger disque d'albumine. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Au toucher vaginal on sent un col assez mou, entr'ouvert, au travers duquel on perçoit un petit polype fibreux. Le corps utérin est gros comme une tête d'adulte, de volume uniformément lisse, surmonté à son pôle supérieur d'une masse dure bosselée, du volume du poing et paraissant adhérer à l'utérus. L'ensemble de la tumeur remonte jusqu'à l'ombilic.

La miction n'est pas gênée, la malade n'est pas constipée.

Nulle part ou ne trouve de ganglions, pas de température.

En présence de ces faits, on porte le diagnostic de fibrome en évolution, mais on fait quelques réserves sur la possibilité de la transformation maligne ou de la coexistence d'un épithélioma du corps de l'utérus. Aussl étant donné l'état général de la malade, relativement bon, et malgré son âge on décide une intervention.

Opération le 27 janvier par M. A. Pollosson. Rachistovaïnisation, incision transversale. Castration totale. L'ablation de la tumeur est rendue difficile par ce fait que sa partie inférieure plonge dans le pelvis et qu'elle a dédoublé le ligament large. Au moment de l'ouverture du vagin, une abondante quantité de liquide séropurulennt émané de l'utérus tombe dans le petit bassin.

La tumeur enlevée est un énorme fibrome ayant distendu la lèvre postérieure du col, sur laquelle la lèvre antérieure s'est amincie. Sur le fond de l'utérus sont implantés des noyaux calcifiés sessiles qui adhèrent un peu à l'épiploon. L'utérus ouvert on constate que la cavité utérine est considérablement agrandie, très distendue en ce qui concerne le col, rétrécie au niveau de l'isthme, elle affecte en somme la forme d'un sablier. Sur la partie inférieure de la cavité est implanté un bouquet de polypes muqueux qui affleure l'orifice externe.

Tout à fait au fond de la cavité est un néoplasme bourgeonnant typique, large à peu près comme une paume de main.

Le fibrome, à la coupe, paraît constitué par du tissu vivant, en pleine activité.

Le soir de l'opération la malade avait un pouls à 84, une température à 36°9. Dès le lendemain, la température s'élevait à 39°, le pouls était à 105, très petit et irrégulier. Le ventre était

souple, les mictions spontanés. Cette aggravation de l'état général fut mis sur le compte d'une angine érythémateuse dont la malade se plaignait fort.

Décès le 30 au matin.

Observation XV. — L'hémisection utérine dans les fibromes cervicaux postérieurs. — Violet. *Lyon médical*, 1909.

Tumeur du volume d'une tête fœtale enclavée dans le pelvis, ayant déformé la lèvre postérieure du col et de cul-de-sac qu'il faisait bomber et repoussait. Cette masse, parfaitement sentie par le toucher rectal et vaginal était surmontée d'une autre masse du volume d'une pomme, que la main abdominale appréciait parfaitement.

Cette malade, âgée de 45 ans, entrait pour des crises de rétention d'urine.

Hystérectomie abdominale. — Le ventre ouvert, les ligaments ronds et les ligaments larges étant sectionnés de chaque côté, la vessie décollée, la lèvre antérieure du col mise à découvert, il était difficile de sentir nettement la limite inférieure. tellement celle-ci est amincie et repoussée par le bombement de la lèvre postérieure. D'autre part, l'abordage postérieur était impossible, du fait que le myome postérieur développé aux dépens des parties les plus basses du col était impossible à luxer et à attirer tant soit peu au dehors.

Latéralement le myome postérieur, intra-ligamentaire venait se mettre au contact des uretères. A cet endroit également de grosses veines masquent le champ opératoire.

Devant ces difficultés, on se décide à l'hémisection de l'utérus et de la tumeur. Par cette section, la tumeur et l'utérus furent divisés en deux valves qui s'écartent et se relèvent à mesure,

présentant au bistouri une surface de section toujours nette. L'hémisection étant complète jusqu'au vagin, chaque moitié de la tumeur est enlevée tour à tour de dedans en dehors, avec une très grande sécurité et d'autant plus de facilité que le vagin étant distendu par la tumeur, il existait une place suffisante pour manœuvrer à l'aise.

Hémostase. Péritonisation. Suture. Suites opératoires très simples.

Observation XVI. — Deux cas de fibromyome du col traités par l'hystérectomie abdominale. — Walter Tate. *Transactions Obstetrics Society of London*, 1904. *Observation 1.*

25 ans, réglée à 15 ans, règles régulières et normales au début.

Il y a dix-huit mois elle commence à souffrir du bas-ventre. Cette douleur au début ne se manifeste que la nuit, mais dans ces derniers temps également pendant le jour. Il y a un mois une tumeur est découverte par son médecin.

Durant ces trois derniers mois, fréquence des mictions, constipation légère.

A l'examen on trouve une tumeur résistante qui remonte jusqu'à un pouce au-dessus de l'ombilic. La surface de la tumeur est bosselée. Le vagin est rempli par la tumeur qui déprime le cul-de-sac et descend jusqu'à un pouce 3/4 de la vulve. L'orifice du col est fermé, haut placé et dévié vers la gauche.

Hystérectomie abdominale le 20 novembre 1902. À l'ouverture de l'abdomen, le corps utérin apparaît sur le sommet de la tumeur et dévié à gauche. La tumeur a repoussé la vessie et s'est fortement développée dans les deux ligaments larges et dans le tissu cellulaire entre la vessie et le col. Le cul-de-sac

vésico-utérin est fortement repoussé. Les annexes gauches sont enlevées. La cavité qui reste dans le ligament large après ablation de la tumeur est drainée par le vagin.

La tumeur s'étant développée aux dépens de la portion sus-vaginale du col, sur ses parois antérieure et latérale, la portion vaginale n'était pas envahie par la tumeur.

Observation XVII. — Walter Tate. *Observation 2.*

29 ans non mariée.

Une tumeur dans l'abdomen est le premier symptôme en juillet 1902.

Son développement augmente rapidement. Elle souffre de fréquentes mictions pour lesquelles elle consulte le Dr Waters qui lui trouve une tumeur et lui conseille de quitter l'Inde et de rentrer en Europe se faire opérer.

Règles régulières mais faibles.

Tumeur très dure s'élevant à mi-distance entre le pubis et l'ombilic. Le col très haut et difficile à atteindre regarde le pubis. La tumeur forme une masse solide et fixe repoussant le cul-de-sac du vagin et descendant jusqu'à un pouce et demi de la vulve.

Hystérectomie abdominale le 7 novembre 1902. On trouve une tumeur qui s'est développée entre le péritoine et la paroi vaginale postérieure et que l'on doit énucléer de son lit. Drainage vaginal.

La tumeur était développée dans la paroi antérieure du col. L'utérus de volume normal était rejeté au sommet de la tumeur.

Observation XVIII. — Trois fibromes du col de l'utérus. — Galabin. *Transactions of the Obstetrics Society of London. Observation 1.*

27 ans. Un enfant il y a treize mois. Deux mois 1/2 après : grossesse. Pendant la grossesse elle souffre de rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme. Avortement à 4 mois 1/2. La tumeur qui remplit le pelvis est découverte à cette occasion.

Pas de métrorragies.

La tumeur s'élève jusqu'à l'ombilic et descend derrière le col vers le périnée.

Hystérectomie totale.

La tumeur pèse 3 livres 6 onces et est développée dans la paroi postérieure du col.

Observation XIX. — Galabin. *Observation 2.*

44 ans. Un enfant vingt-deux ans auparavant.

Règles irrégulières, moins fréquentes que normalement. Depuis cinq mois elle souffre du côté gauche du ventre. Il y a quatre mois qu'elle a remarqué la présence de sa tumeur.

Depuis quatre mois la miction devient difficile et dans ces deux dernières semaines elle a eu une rétention d'urine qui a nécessité le cathétérisme.

La tumeur a le volume d'un utérus de cinq mois développée dans la paroi postérieure du col.

Observation XX. — Galabin. *Observation 3.*

55 ans, 4 enfants, le dernier il y a vingt-quatre ans, ménopause il y a deux ans.

De 45 à 53 ans, règles très prolongées, séparées par de courts intervalles, l'augmentation de volume du ventre est remarquée à 45 ans.

Au cours des deux dernières années difficulté croissante de la miction. Des crises de rétention surviennent qui nécessitent le

cathétérisme, déterminent de la cystite et de vives douleurs.

Hystérectomie abdominale totale. Tumeur de 1 livre 15 onces, développée dans la paroi postérieure du col.

Observation XXI. — Fibrome de l'utérus entièrement cervical formant une tumeur abdominale et ayant donné lieu à une abondante hémorragie. — Fairbairn. *Transactions obstetrics Society of London*, 1904.

37 ans, 5 accouchements faciles le dernier il y a douze ans. Avant la naissance de l'enfant, les règles étaient régulières et duraient sept jours. Depuis elles deviennent irrégulières, à des intervalles variant d'une semaine à quelques jours. Dans ces derniers temps cependant, les pertes étaient légères, deux serviettes suffisaient. Ces pertes, pendant ces douze ans, n'avaient pas altéré l'état général.

Il y a deux mois on remarque la présence d'une tumeur dans l'abdomen. Depuis cette époque la malade souffre d'incontinence d'urine et de la fréquence des mictions.

Elle entre à l'hôpital Saint-Thomas le 3 février 1903.

Elle présente une tumeur abdominale s'élevant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Par le toucher, on trouve l'orifice externe fortement déformé, sa lèvre antérieure est le siège d'une large tumeur arrondie et élastique. La lèvre postérieure et l'extrémité gauche de la lèvre antérieure sont refoulés par la tumeur qui semble être le pôle inférieur de la tumeur abdominale.

La malade reste quinze jours à l'hôpital pendant lesquels elle ne perd qu'une fois, légèrement, durant une nuit. Les symptômes sont si légers qu'on hésite à l'opérer et lui conseille de revenir plus tard.

Le 12 mars, se rendant à son travail, elle est prise d'une hémorragie très abondante pour laquelle on la transporte à l'hôpital immédiatement.

Couchée elle va mieux. A 6 heures l'hémorragie reprend et l'infirmière mesure 4 pintes de sang et de caillots sans compter ce qui imbibe les linges. Je la vois à 9 heures, très inquiète de la grande quantité de sang qu'elle a perdu, d'autant que l'hémorragie vient de recommencer. Le pouls est à 96.

Tamponnement, ergotine, suppositoire de morphine.

Le lendemain opération vaginale. La vessie est facilement décollée par une ouverture vaginale péricervicale. Le sang coule toujours violemment de l'utérus. Laparotomie. L'utérus occupe la partie postérieure gauche de la tumeur. La tumeur est attirée au dehors, ses pédicules liés, et elle est enlevée.

Hémorragie veineuse assez abondante qui nécessite un petit temps de contrôle.

Tamponnement qui sort par le vagin. Fermeture de la paroi. Suites normales, guérison.

La tumeur pèse 3 livres 5 onces. En regardant la masse par en dessous la lèvre postérieure du col est représentée par une mince bande, tandis que l'antérieure forme une grosse masse occupée par le pôle inférieur de la tumeur qui l'a tellement déformée que l'on peut voir la muqueuse du canal cervical à une distance de trois pouces 1/2 sur la face inférieure de la tumeur. A la coupe elle est envahie par la dégénérescence myxomateuse, c'est une masse unique prenant naissance sur le col et n'envahissant pas l'utérus. Le corps utérin est comme perché sur la partie postérieure et supérieur de la tumeur.

Observation XXII. = Note sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. — Professeur Lejars. *Annales de gynécologie*, 1906. *Observation 1*.

Femme de 40 ans, réglée à 14 ans, et qui n'avait jamais eu d'accouchements ni de fausses couches. Souffrait du ventre par intermittences depuis quatre ou cinq ans. Dans les derniers mois les douleurs étaient devenues, continues, peu tolérables, localisées surtout à la partie latérale gauche et inférieure de l'abdomen s'irradiant dans les lombes. Les règles étaient abondantes, mais il n'y avait jamais eu d'hémorragie intermenstruelle, ni de perte proprement dite. A l'examen on trouvait dans le cul-de-sac postérieur une masse ronde, régulière, et en avant une autre tumeur plus grosse que le poing qui comblait le cul-de-sac antérieur et qui faisait relief au-dessus du pubis. Cette tumeur était peu mobile de bas en haut et latéralement, mais en grande partie enclavée derrière la symphyse.

J'opérai la malade le 19 janvier 1905, et je reconnus tout de suite que la masse postérieure était représentée par l'utérus rétroversé, et l'antérieure par un gros fibrome légèrement bosselé. Il se laissa facilement extraire, et servit de tracteur pour attirer au dehors l'ensemble de la tumeur utérine. Il s'implantait sur le devant du col, au-dessus de l'insertion vaginale, par un vrai pédicule large de deux doigts. Il y avait de plus, un fibrome moins volumineux de la face postérieure de l'utérus. L'hystérectomie supra-vaginale fut pratiquée, la malade quitta guérie l'hôpital Tenon, le 23 février.

Observation XXIII. — Lejars. *Observation 2*.

43 ans. Deux enfants.

Souffrait du ventre depuis plus de dix ans. Depuis longtemps

on avait reconnu l'existence d'une tumeur pelvienne, mais la nature semblait en être restée douteuse ; en tous cas on avait toujours reculé devant une intervention et des traitements médicaux divers avaient été employés.

La malade avait eu quelques hémorragies utérines peu importantes, mais en 1904, dans le dernier mois, la situation était devenue critique. Le ventre avait considérablement grossi, les douleurs étaient devenues très vives et gênaient tout déplacement. La maigreur était progressive. Enfin une incontinence d'urine continue s'était produite et de temps en temps un peu de sang se mélangeait à l'urine. Au palper, du reste assez malaisé, de l'abdomen on constatait une tumeur irrégulière, non mobilisable qui remontait jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était située derrière la paroi abdominale ; elle semblait faire corps avec elle surtout dans la zone de Retzius qu'elle distendait et soulevait en relief.

Au toucher, on retrouvait au-devant du col son pôle inférieur et l'absence de mobilité se confirmait ; en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, on sentait une tumeur moins dure qui semblait être le col utérin.

Les accidents vésicaux, et en particulier l'urine sanglante, qui avaient paru à diverses reprises, l'amaigrissement général, le mauvais état général, l'augmentation rapide du volume de la masse dans les derniers mois, avaient fait craindre un néoplasme malin. Sans repousser complètement l'hypothèse d'une dégénérescence, le diagnostic de fibrome me parut s'imposer, et, toutes réserves faites sur la gravité de l'intervention, j'opérai.

L'incision pratiquée, j'ouvris le péritoine très haut, non loin de l'ombilic et je prolongeais prudemment la section de haut en bas. Je découvris en effet une masse énorme qui émergeait du

brssin, et remplissait toute sa moitié antérieure, et au-devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée ; en arrière de cette masse on trouvait l'utérus lui-même volumineux et refoulé en arrière. J'incisai le feuillet séreux péri-utérin, un peu au-dessous du cul-de-sac supérieur de la vessie. Je le décollais peu à peu en le rabattant comme une vaste poche vide au-devant du pubis. La tumeur sous-jacente, descendait jusqu'au fond de la cavité pelvienne, étendue d'un côté à l'autre du bassin, et ne semblait nullement mobilisable. Pourtant je commençais à la libérer à la compresse en suivant lentement sa surface antérieure, descendant peu à peu, et poursuivant sur les côtés ce travail de dissection. Je parvins enfin a atteindre la limite inférieure de la masse. Elle se laissa un peu relever, suffisamment pour que les ligaments larges ayant été pincés et sectionnés, le vagin put être incisé transversalement en avant et peu à peu sectionné. Il restait, après cette hystérectomie totale une très large cavité cruentée. Le vagin fut fermé, les ligaments larges péritonisés et la cavité fut rétrécie autant que possible par la suture du péritoine voisin et finalement marsupiali-ée. Un gros drain y fut laissé.

Rétention d'urine partielle pendant quelques jours et peu à peu la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement. La guérison se fit sans incidents notables en vingt-cinq jours.

Il s'agissait d'un volumineux fibrome diffus de la face antérieure du col qui s'était développé sous le péritoine en comprimant la vessie et en se prolongeant derrière la paroi abdominale; il était gros comme deux poings.

Observation XXIV. — Étude topographique et clinique des fibromes du col. — Sutton. *Lancet*, 1904. *Observation 1.*

45 ans, célibataire.

Ménorragie et dysurie.

Gros fibrome développé aux dépens de la paroi postérieure de la partie supra-vaginale du col.

Hystérectomie totale le 21 octobre 1901.

Observation XXV. — Sutton. *Observation 2.*

Femme mariée, 36 ans.

4 enfants.

Aménorrée depuis trois mois. Mictions fréquentes. Gros fibrome développé dans la paroi antérieure de la portion supra-vaginale du col.

Énucléation abdominale de la tumeur le 12 mars 1902.

Accouchement à terme d'un garçon le 2 janvier 1903.

Observation XXVI. — Sutton. *Observation 3.*

Femme mariée, 45 ans.

Six enfants.

Règles irrégulières mais ne sont pas abondantes.

Très gros fibrome naissant de la paroi antérieure du col et développé jusqu'à l'ombilic. On le compare comme grosseur à un « ballon de football ».

Hystérectomie supra-vaginale le 10 septembre 1902.

Observation XXXVII. — Sutton. *Observation 4.*

31 ans, mariée.

Pas d'enfant.

Fibrome développé dans l'intérieur de la paroi antérieure du

col, ayant atteint le volume d'un œuf de dinde. Il bombait dans le vagin et gênait le coït.

Énucléation vaginale le 18 mai 1903.

Observation XXVIII. — Sutton. *Observation 5.*

41 ans. Célibataire.

Hémorragies profuses et anémie.

Gros fibrome développé dans l'intérieur du col, l'orifice externe du col est largement ouvert.

Hystérectomie totale le 14 décembre 1899.

Observation XXIX. — Sutton. *Observation 6.*

45 ans. Célibataire.

Règles normales. Signes de compression pelvienne : rétention d'urine.

Très gros fibrome développé dans le col ; orifice en fossette.

Hystérectomie totale le 7 mai 1900.

Observation XXX.. — Sutton. *Observation 7.*

52 ans. Mariée.

Six enfants.

Règles très abondantes et prolongées.

Gros fibrome développé dans le col. Son orifice était large.

Hystérectomie totale le 21 octobre 1901.

Observation XXXI. — Sutton. *Observation 8.*

38 ans, célibataire.

Règles peu abondantes mais régulières. Mictions fréquentes.

Fibrome développé dans le col, repoussant l'utérus dans

l'abdomen. L'orifice du col se présente comme une simple fossette à la surface de la tumeur.

Enucléation abdominale suivie d'hystérectomie supra-vaginale le 27 janvier 1902.

Observation XXXII. — Sutton. *Observation 9.*

Mariée, 49 ans.

Deux enfants.

Dysurie, selles irrégulières, compression douloureuse du rectum.

Fibrome développé dans le col.

Hystérectomie totale le 17 mars 1902.

Observation XXXIII. — Calmette. Service du Dr Pousson. *In thèse de Castet.*

45 ans. Entre dans le service du professeur Pousson le 26 novembre 1905.

Réglée à 12 ans. Règles irrégulières durant un ou deux jours seulement. Pas de grossesse, pas de pertes.

Le début de la maladie remonte à une quinzaine d'années. A ce moment la malade a éprouvé de la pollakuirie et de la dysurie. Elle ressentait un besoin impérieux d'uriner s'accompagnant de douleurs assez aiguës. Elle urinait alors goutte à goutte et en petite quantité et ressentait des picotements sur le trajet de l'urètre. Elle urinait souvent, toutes les demi-heures. Cet état a duré trois mois. Sous l'influence de tisanes et de bains, sans avoir vu de médecin, elle revient à l'état normal et reste dix ans sans souffrir.

Il y a un an, la malade fut reprise de besoins d'uriner, de douleurs dans le bas-ventre et de rétention d'urine durant parfois

vingt-quatre heures. Elle arrivait cependant à vider sa vessie sans avoir jamais recours au cathétérisme. Après deux ou trois mois, la malade va mieux et ne conserve plus que de la pollakuirie.

Après avoir ressenti des douleurs dans le bas-ventre, s'accompagnant de mictions fréquentes et douloureuses, incomplètes, la malade n'émettait que quelques gouttes d'urine ; elle ne peut plus uriner du tout et passe toute la journée à souffrir et à faire des efforts violents sans arriver à aucun résultat appréciable.

Le surlendemain matin on la sonde et on évacue environ un litre d'urine. Le jour suivant, n'ayant pas encore pu uriner seule, elle entre à l'hôpital et est sondée par M. le Professeur Pousson. Après un séjour à l'hôpital de vingt-quatre heures, elle recommence à uriner seule goutte à goutte.

Etat actuel. Le 31 novembre. La malade se plaint d'uriner tous les quarts d'heure et de souffrir pendant la miction. Ni pus, ni sang dans les urines, état général excellent.

On constate que le méat urinaire est reporté en arrière et est assez difficile à atteindre. Vessie non douloureuse au palper hypogastrique. Avec un explorateur métallique on constate que le fond de celle-ci n'est pas très élevé. A travers la paroi abdominale l'extrémité de la sonde se sent au niveau de l'ombilic et latéralement à 3 ou 4 centimètres de celui-ci.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on trouve par le toucher une tumeur solide du volume d'une tête de fœtus, enclavée dans le petit bassin, immobile faisant corps avec l'utérus. Le col de cet organe réduit à l'état d'un petit bourrelet est repoussé dans le cul-de-sac gauche tout à fait en haut, ce qui rend l'exploration difficile. Le cul-de-sac gauche paraît être libre. Au palper abdominale on sent que la tumeur s'élève peu dans l'abdomen.

On porte le diagnostic de fibrome inclus dans le ligament large, quoique les signes fonctionnels fassent défaut. Jamais de métrorragies ni d'hydrorrée.

Laparotomie médiane le 28 novembre. La vessie se trouve immédiatement sous le péritoine. Elle est très allongée. La paroi vésicale est incisée pendant l'incision de la paroi abdominale, mais sa cavité n'est pas ouverte. On pratique l'énucléation et l'hystérectomie subtotale. Suites opératoires excellentes.

Le 15 décembre quelques douleurs à la miction. Elles disparaissent sous l'influence de quelques lavages au nitrate d'argent. La malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Observation XXXIV. — Professeur Pozzi. *In thèse Minvielle.*

Femme de 44 ans, nullipare, réglée à 14 ans ; régulièrement, durant trois jours avec une abondance moyenne. Depuis six mois les règles sont devenues irrégulières ne survenant que toutes les sept ou huit semaines environ. Elles étaient peu abondantes, sans caillots et toujours très douloureuses. Un peu de leucorrée dans leur intervalle.

Le jeudi 1er octobre, la malade ayant ses règles, est prise brusquement d'un pressant besoin d'uriner et ne peut y parvenir. En même temps ses règles s'arrêtent. La malade doit être sondée par un praticien qui constate l'existence d'une tumeur abdominale non soupçonnée jusque-là.

Le lendemain, la rétention d'urine persiste accompagnée de fréquents besoins d'uriner et de vives douleurs. Depuis ce jour la malade n'a plus uriné spontanément, et il a fallu la sonder matin et soir.

La malade est entrée à l'hôpital Broca, deux jours après le début des accidents.

L'examen permet de constater l'existence d'une tumeur pelvienne ayant repoussé le col contre la symphyse, emplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux, dure, immobile, et que la palpation abdominale montre dépassant le détroit supérieur.

Le diagnostic est fibrome enclavé, accompagné de rétention d'urine complète due à la compression du col vésical.

Le 11 octobre la sonde ramène une urine teintée de rouge, d'aspect hématique, et l'examen du sédiment montre qu'il s'agit bien d'une hématurie. Je pratique la laparotomie médiane le 13 octobre 1908. L'incision permet de voir un gros fibrome enclavé dans le petit bassin, implanté sur la face postérieure de l'utérus dans la portion sous-isthnique. Le corps utérin se trouve refoulé en avant contre la symphyse et la vessie à son tour est reportée en avant et en haut, étalée sous la paroi abdominale à sa partie inférieure. Je décide la myomectomie. Je fais une incision sagittale sur la tumeur, et l'attirant avec des pinces de Helly je l'énuclée rapidement au doigt. Hémostase et suture très exacte au catgut. Drainage abdominal avec une petite mèche et un drain.

Les suites opératoires ont été des plus simples et la malade a guéri rapidement. Le drainage n'a été maintenu que quarante-huit heures. Le fibrome pesait 570 grammes.

Observation XXXV. — Service du professeur Albarran. *In thèse de Minvielle* (Résumée).

Malade de 49 ans, réglée à 12 ans très régulièrement, règles douloureuses durant trois à quatre jours.

Enfants à 25 et 28 ans, fièvre typhoïde à 29.

En février 1909 pas de règles, et depuis la marche et la station debout provoquent de fréquents besoins d'uriner, impérieux, irrésistibles, qu'elle doit satisfaire jusqu'à six fois par heure. La nuit elle se lève dix à douze fois. Les urines sont claires, limpides.

En mai, les règles reviennent, les douleurs disparaissent, mais la pollakuirie persiste.

Le 1er novembre elle ressent un violent besoin d'uriner, mais à peine a-t-elle expulsé quelques gouttes d'urine que la miction s'arrête, et, malgré tous ses efforts, elle ne peut arriver à vider sa vessie.

Le 3 novembre, elle se présente dans le service, n'ayant pas uriné depuis quarante-huit heures.

Le cathétérisme retire un litre et demi d'urine.

Par le toucher, on constate que les culs-de-sac vaginaux ont disparu, envahis par la tumeur qui bouche dans le vagin. Le col effacé, mais non dilaté, est porté en avant et en haut, contre la symphyse pubienne contre laquelle il vient comprimer le col vésical. On fait le diagnostic de rétention d'urine par compression due à un fibrome utérin.

Jusqu'au 8, on doit sonder la malade plusieurs fois par jour.

Le 9 on fait une cystoscopie. On éprouve quelque peine à introduire le cystoscope qui se trouve dévié de gauche à droite et d'arrière en avant, de bas en haut, traduisant ainsi le déplacement de l'urètre. La paroi postérieure de la vessie est déformée et fait saillie dans la cavité vésicale. Sa paroi latérale droite est déjetée à gauche. Il a été impossible de trouver les uretères. La congestion vésicale n'est pas très marquée.

Opération le 10 par le Dr Marion. La vessie qui remontait au-

dessus du pubis, est évitée par une incision haute du péritoine. La tumeur qui remplissait le petit bassin fut alors facilement mobilisée, la vessie disparut dans le pelvis et on ne la vit plus au cours de l'intervention.

Hystérectomie totale.

La tumeur grosse comme deux poings d'adulte s'était développée dans la région sous-isthmique de l'utérus.

Le soir de l'opération, la malade urinait seule. Le 5 décembre elle quitte l'hôpital, guérie.

Observation XXXVI. — Fibrome énorme du segment postérieur du col utérin. Poids 7 kilogrammes. Troubles urinaires. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. Professeur Legueu. *Journal d'Urologie*, 1912 (Résumée).

Malade de 42 ans qui vient pour une volumineuse tumeur abdominale.

Pas d'enfants ni de fausses couches. Toujours bien réglée.

Son ventre commence à grossir il y a quatre ou cinq ans, l'augmentation surtout marquée depuis deux ans. Depuis cette époque quelques douleurs dans la région lombaire.

Elle urine souvent et la fréquence des mictions augmente avec les années. Actuellement elle urine sept ou huit fois dans la journée, deux fois la nuit, mais depuis un an environ une grande difficulté de la miction s'est jointe à la fréquence. La malade a de la peine à uriner, elle est obligée de faire effort, et à certains moments mêmes, c'est à peine si elle peut émettre quelques gouttes d'urine malgré le besoin pressant qu'elle ressent. Elle urine un litre et demi par jour.

Téguments décolorés donnant l'impression d'une femme qui a

saigné et cependant elle n'a jamais eu de pertes et a toujours été réglée normalement et sans excès.

A l'inspection le ventre énorme pointe en avant même dans la position couchée. Au palper une tumeur ferme et dure remplit en entier toute la zone sous-ombilicale. Elle remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic où elle se termine par un contour arrondi, à convexité supérieure, dont la régularité est troublée par une bosselure du volume d'une mandarine siégeant au-dessus et à côté de l'ombilic.

Cette tumeur était d'une dureté ligneuse, sauf dans la partie médiane où il semble bien que la vessie distendue donne une certaine souplesse. Elle est absolument immobile et plonge dans le petit bassin.

Au toucher le doigt rencontre la tumeur à quelques centimètres au-dessus de la vulve. Elle semble émerger de la paroi postérieure du vagin dont le cul-de-sac n'existe plus. Le pôle vaginal de la tumeur est énorme, il occupe tout le vagin et le déborde. Le doigt qui cherche à s'orienter constate que la cavité vaginale semble se continuer en avant de la tumeur. Mais là où il n'y a plus de place et, sans adhérer à la paroi antérieure du vagin, la tumeur lui est si intimement accolée que le doigt ne peut s'engager entre eux.

Impossible de reconnaître un col dans cette masse arrondie et lisse qui distend le vagin.

Du côté rectal, pas de constipation malgré la saillie que forme la tumeur dans le rectum.

Du côté vésical, difficulté de plus en plus grande à uriner. Elle ne pouvait y arriver qu'en faisant des efforts considérables. Dans la partie antérieure de la tumeur on trouvait une certaine masse liquide qui occupait toute la zone sous-ombilicale et qui

devait être la vessie distendue et étalée. Mais il était impossible de s'en assurer, l'urètre remonté sur la paroi vaginale antérieure était impossible à trouver.

Opération le 31 mars. — Laparotomie. Incision prudente de la paroi. Le cul-de-sac péritonéal antérieur est à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Incision du péritoine. L'utérus apparaît alors au pôle supérieur de la tumeur, formant cette bosselure sentie au palper. Le reste de la masse est une tumeur dure qui occupe toute la cavité pelvienne.

Incision du cul-de-sac vésico-utérin et décollement de la vessie. Section et ligature des pédicules utéro-ovariens et des bords inférieurs des ligaments larges. Décortication prudente de la tumeur en la rasant de près. A la fin elle ne tient plus que par le vagin qui est ouvert, hystérectomie totale.

Suites des plus simples. Les mictions reprennent naturellement dès le premier jour.

Revue au cours de l'année 1910, il ne persiste aucun trouble urinaire.

Observation XXXVII. — Myomes cervicaux rétro-vésicaux. — Schauta. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 1905. *Observation 1* (Résumée).

M. B., 37 ans, mariée, blanchisseuse, 29 mai au 29 juin 1914.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Durent quatre à cinq jours sans douleurs.

Cinq accouchements.

Elle ne remarque pas l'augmentation du volume de son ventre. Pendant ces derniers huit jours elle ne peut arriver à vider complètement sa vessie qu'en la comprimant par une pression abdominale.

Selles peu abondantes. Urines troubles contenant des leucocytes et des bactéries. Le résidu vésical est évalué à un litre.

Tumeur solide, consistante, remontant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic et un peu déviée à gauche. Le col est élevé, derrière la symphyse. La tumeur remplit le petit bassin. Si on exerce des pressions sur la tumeur qu'on la repousse en arrière, immédiatement l'urine s'écoule. La tumeur est intimement accolée à la paroi postérieure du col.

La vessie est énormément dilatée, et, quand elle est pleine, la sonde pénètre jusqu'à la hauteur de l'ombilic.

5 juin. — Opération vaginale. Incision du col et ablation de la partie de la tumeur située derrière la vessie. On termine par laparotomie.

Guérison.

Observation XXXVIII. — Schauta. *Observation 2.* Myome de la paroi postérieure du col. Amputation supra-vaginale (Résumée).

M. M., 47 ans. Mariée, femme de ménage. 11 octobre au 29 novembre 1899.

Réglée à 16 ans, régulièrement, durée de trois à quatre jours. abondantes et accompagnées de douleurs de rein.

Ni accouchements, ni fausses couches.

En 1885, de fortes hémorragies qui durent quatre semaines et reviennent en 1888 et 1889. Depuis trois mois augmentation de volume de l'abdomen, depuis deux jours dysurie.

Les dernières règles viennent avec huit jours d'avance et durent deux jours. Elles s'accompagnent de violentes douleurs lombaires. Le médecin constate l'accroissement de volume du ventre et on doit pratiquer un cathétérisme vésical.

Le col très profondément situé derrière la symphyse admet le doigt. Le Douglas est rempli par une tumeur qui est uni intimement au col dont la sépare une simple rainure. La tumeur remonte jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic, elle est unie, de consistance ferme et non douloureuse.

Opération le 14. — Amputation supra-vaginale.

Guérison.

Observation XXXIX. — Schauta. *Observation 3* (Résumée).

M. P., 46 ans, 15 décembre 1891, 3 février 1892.

Réglée à 17 ans, règles abondantes, régulières, durant six jours. Depuis six ans, elles sont devenues irrégulières et douloureuses.

Trois accouchements.

Il y a trois ans, opération par le professeur Salzer pour hémorragies.

Il y a douze jours, nouvelle hémorragie, douleurs vives dans la partie gauche du ventre.

Fibrome de l'utérus développé dans la partie antérieure du col. A sa base le col porte quatre nodosités grosses comme des pois.

Ablation vaginale de l'utérus le 2 janvier 1892.

Guérison.

Observation XL. — Schauta. *Observation 4* (Résumée).

T. T., 49 ans, mariée.

Il y a six ans, elle a déjà été opérée pour un fibrome utérin. Elle est restée six mois sans souffrir, mais depuis des douleurs sont survenues dans l'hypochondre gauche. Le ventre augmente de volume depuis trois ans et le gonflement est surtout marqué

à l'endroit où il se manifestait avant la première intervention.

Les règles durent huit jours elles sont abondantes et douloureuses.

Dans l'abdomen se trouve une tumeur consistante, mobile, atteignant l'ombilic. Sa paroi droite est régulièrement convexe tandis qu'à gauche on sent une tumeur grosse comme deux poings qui correspond à la région de l'ancienne incision opératoire.

Le col est en arrière, à peine accessible.

La tumeur entière est peu mobile et il sort de l'utérus un sang fétide.

La sonde rencontre un obstacle juste derrière la symphyse mais en inclinant un peu à gauche on peut pénétrer.

Diagnostic. — Fibrome de la paroi antérieure du col fortement dévié à gauche, tandis que le corps déformé est situé en arrière et en haut.

Le 2 mars, décès.

Observation XLI. — Schauta. *Observation 5* (Résumée)

P. H., 35 ans, mariée, femme d'un policier, 28 juillet 1892, 31 juillet 1892.

Réglée à 13 ans, régulièrement, durent de cinq à six jours.

Depuis cinq ans elle sent dans son ventre une grosse tumeur. Cette tumeur n'est pas douloureuse jusqu'au printemps dernier. Actuellement elle ressent de vives douleurs à droite.

Depuis trois semaines, nausées et vomissements. Le ventre est très augmenté de volume. Sa circonférence atteint 104 centimètres.

La tumeur s'élève hors du petit bassin. légèrement inclinée à gauche. En dedans de l'épine iliaque gauche elle présente une bosselure du volume du poing faisant corps avec la tumeur. A

droite la tumeur remonte jusqu'au rebord costal, mais est moins dure et moins mobile. Entre les deux parties se trouve une profonde dépression.

Le col élevé, dévié à droite et derrière la symphyse adhère si intimement à la partie gauche de la tumeur qu'il semble en être issu. Il suit les mouvements de la tumeur.

29 juillet. — Hystérectomie supra-vaginale.

1er août. — Autopsie (hémorragie).

Observation XLII. — Schauta. *Observation 6* (Résumée).

A. Sch., 34 ans, célibataire, couturière, 8 mars 1893-20 avril 1893.

Réglée à 15 ans. Toutes les quatre semaines, durée de quatre à cinq jours. Depuis juillet 1892 elles s'accompagnent de vives douleurs dans le côté droit du ventre et leur abondance est augmentée.

L'été précédent en examinant l'estomac on trouve par hasard la tumeur. Depuis, le volume du ventre a considérablement augmenté. La constipation est habituelle, pas de rétention d'urine.

Tumeur médiane résistante, atteignant presque l'ombilic et développée en partie dans l'abdomen.

L'orifice hyménéal est très étroit. Le col élevé, repoussé en arrière a la forme d'un cône régulier. De sa paroi antérieure s'élève immédiatement au-dessus de sa lèvre antérieure, la tumeur. Cette tumeur présente une certaine mobilité transversale et le col suit ces déplacements. En avant on ne peut passer le doigt entre la tumeur et la symphyse.

Opération le 14 mars. Laparotomie. Hystérectomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Le fibrome est développé sur la partie antérieure droite du col.

Observation XLIII. — Schauta. *Observation 7* (Résumée).

E. Sch..., 52 ans, célibataire, couturière, 22 juillet 1893 au 23 août 1893.

Réglée à 14 ans. Durent huit à douze jours, assez fortes. Il y a un an elles cessent pendant quatre mois. Augmentation de volume du ventre assez marqué surtout à droite. Depuis deux mois il y a des hémorragies qui ont cessé il y a huit jours. En même temps surviennent de fortes douleurs dans le ventre et des céphalées. Vomissements.

L'abdomen est uniformément rempli par une tumeur très dure qui atteint l'ombilic; à gauche elle va jusqu'à la ligne axillaire; à droite elle présente quelques nodosités. Faible mobilité latérale.

L'hymen est étroit. Le col a la forme d'un cône. Dans le Douglas on trouve une masse grosse comme deux poings s'insérant sur le côté droit de l'utérus. Une bosselure plus petite sur la paroi antérieure du col. Toutes deux sont légèrement mobiles avec le col.

Le 24, hystérectomie abdominale totale.

Guérison.

Observation XLIV. — Schauta. *Observation 8* (Résumée).

P. M., 46 ans, mariée, femme de ménage 27 février 1894 au 15 avril 1894.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Durent de quatre à six jours. Les dernières du 13 février au 17 février, un peu plus faibles qu'auparavant. Selles régulières. Sensation de brûlure légère à la miction. Leucorrée.

Au milieu de l'abdomen, on sent, surtout à droite, une résistance diffuse.

Le col est en haut et en arrière. Sur la paroi droite et anté-

rieure du col, on sent au toucher bimanuel une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dure, ronde et assez mobile. Le corps utérin est derrière la tumeur en rétroversion. A gauche on sent une masse plus petite ronde, molle, grosse, comme une pomme.

Hystérométrie 7 centimètre.

Opération le 3 mars. Enucléation de la tumeur avec amputation supravaginale.

Guérison.

Observation XLV. — Schauta. *Observation 9* (Résumée).

K. M., 44 ans, célibataire, cuisinière, 13 avril au 12 juin 1894.

Réglée à 17 ans, régulièrement. Dernières règles il y a quatorze jours. Depuis trois ans douleurs dans le bas-ventre surtout marquées à gauche au début, et maintenant au milieu. Fréquentes et violentes douleurs de rein. Un premier médecin trouve un catarrhe vésical, un deuxième lui conseille l'opération.

Depuis quelques semaines, flueurs blanches, garde-robes irrégulières. Elle a maigri dans ces derniers temps.

Au-dessus de la symphyse on sent une forte résistance. Hymen étroit. Col repoussé dans le Douglas par une tumeur dure, résistante et unie. Au-dessus de la symphyse on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Sa partie supérieure remonte à cinq doigts au-dessous de l'ombilic. Elle est médiane, peu mobile. L'utérus lui adhère et se déplace en même temps. On ne peut atteindre le fond de l'utérus.

Par le rectum on peut toucher une nodosité en arrière de la tumeur, elle est lisse et unie.

Amputation abdominale de l'utérus.

Myome de la paroi antérieure du col.

Guérison.

Observation XLVI. — Schauta. *Observation 10* (Résumée).

S. T., 45 ans, mariée, 11 juillet au 2 août 1894.

Depuis douze ans jusqu'à il y a quatre ans règles irrégulières. Depuis règles régulières, elles ont cessé depuis trois mois.

Trois accouchements. Il y a dix ans elle a été soignée pour une cystite.

Porte un pessaire pour un prolapsus. Depuis six mois elle souffre de douleurs violentes dans le bas-ventre au moment des règles. Douleurs vives en urinant.

Depuis huit jours, au début des règles la douleur en urinant devient si vive qu'elle ne peut uriner que dans un bain chaud. Malgré le début des règles la dysurie ne disparait pas et un médeein qui la cathétérise constate la tumeur.

Le col est repoussé en haut. Par pression sur la vessie et en repoussant la tumeur on peut arriver à vider complètement la vessie. La tumeur à la dureté d'un fibrome. Hystérométrie 9 cm. 1/5.

La tumeur peut être repoussée hors du petit bassin, mais elle y revient immédiatement. Par le cathétérisme on évacue de grandes quantités d'urine claire. La sonde atteint l'ombilic.

En somme, il s'agit d'un myome de la grosseur d'une tête d'homme avec emprisonnement partiel dans le petit bassin.

16 juillet. — La malade porte un bandage qui a diminué les douleurs, et on lui conseille de surseoir à l'opération pour quelque temps.

Observation XLVII. — Schauta. *Observation 11* (Résumée).

S. E., 53 ans, mariée, corsetière, 29 septembre 1894, 14 mars 1895.

Règles régulières durent huit jours très abondantes. Depuis

six mois les périodes s'espacent d'un mois. Depuis deux mois, hémorragie pendant quatorze jours, puis arrêt de trois semaines et depuis écoulement faible mais persistant.

Depuis plus de cinq ans le ventre a augmenté de volume. Cet accroissement est surtout marqué depuis un an.

Selles régulières, pas de leucorrée. La tumeur située au milieu de l'abdomen s'élève à la hauteur de l'ombilic, dure, immobile latéralement. Elle est constituée par une masse compacte.

L'entrée du vagin est étroite, le col dirigé en arrière difficile à atteindre mais relativement mobile. Il adhère à la tumeur perçue par le ventre. Il y a peu d'espace entre la symphyse et la tumeur. On ne peut reconnaître le corps utérin. Cathétérisme difficile. Hystérométrie, 10 centimètres.

4 octobre. — Hystérectomie abdominale.

Guérison.

Observation XLVIII. — Hématométrie déterminée par un fibrome du col. — Levison. *American journal of Obstetrics*, 1906.

L. S., 27 ans, née aux États-Unis. Idiote. Son histoire menstruelle est mal définie. Elle vient pour une augmentation de volume du ventre rapide, qui s'est accompagnée d'une douleur si aiguë qu'elle a du cesser immédiatement son travail. Elle ne sait pas quand son ventre a commencé à grossir.

Femme pâle, de très faible constitution, pesant 75 livres. Taille de 4 pieds 6 pouces. Opacité de la cornée gauche. Battements énergiques des vaisseaux du cou et en particulier des vaisseaux thyroïdiens. Hypertrophie des deux lobes du corps thyroïde. Souffle systolique à l'orifice aortique. L'abdomen était globuleux, symétriquement augmenté de volume du pubis à l'ombilic et

d'une ligne axillaire à l'autre. L'aspect était celui d'un utérus gravide et la tumeur pouvait être mobilisée dans l'abdomen sans difficulté. Fluctuation très nette, la présence d'un orifice hyménéal étroit empêche toute exploration vaginale. Par le toucher rectal on sentait une masse, mais sans que cette exploration donnât des renseignements importants.

La fluctuation et la mobilité de la tumeur était en faveur d'un kyste ovarien, mais la situation médiane de la tumeur plaidait contre ce diagnostic. On ne pouvait écarter non plus le diagnostic de myome kystique. L'auteur n'ayant jamais vu d'hématomètre de ce volume ne pensa pas à ce diagnostic, d'autant que l'absence de règles chez cette idiote, pouvait être liée à une cause thyroïdienne. Elle était d'ailleurs incapable de donner des renseignements précis à ce sujet, et ce n'est qu'après l'opération qu'un interrogatoire minutieux apprit qu'elle n'avait jamais été réglée.

Eu égard au mauvais état général de la malade la laparotomie est faite sous anesthésie locale. La tumeur est isolée et on constate alors qu'elle vient de l'utérus. Si la malade n'avait été vierge la grossesse eut pu même alors être soupçonnée. Le col était le siège d'une fibrome du volume d'une tête d'enfant.

On donne une petite quantité d'éther et on pratique rapidement l'hystérectomie supra-vaginale. La malade supporte bien l'opération, et les suites sont normales pendant deux jours. Soixante heures après l'opération, la température et le pouls étaient normaux, quand brusquement elle tombe dans le coma et meurt quinze minutes après.

L'autopsie ne révéla pas la cause de la mort, aucun signe d'hémorragie ni d'infection.

La tumeur était un gros fibrome du col dans lequel aucun

canal cervical ne put être décelé. La cavité représentée par l'utérus distendu, contenait environ deux litres de grumeaux verdâtres, mous, demi-liquides, sans odeur. L'examen de cette substance montra qu'il s'agissait sans doute de sang dégénéré.

Observation XLIX. — Fibrome antérieur du col suppuré. — Boisgredon. In *thèse de Bernardeaux*, 1857-1858.

Tumeur du volume d'une pomme implanté sur la lèvre antérieure du col et se confondant avec la face antérieure de l'utérus. Fibrome creusé en son centre d'une cavité remplie de pus. Sur la face antérieure, plusieurs orifices donnent issue à du pus sanieux qui s'écoule dans la cavité abdominale.

Observation L. — Hématurie dans un fibrome utérin. — Professeur Hartmann. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1901.

C. L., 36 ans, entrée le 10 mars 1894 à l'hôpital Bichat pour une hématurie, a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à ces cinq derniers mois. A ce moment elle a commencé à avoir un peu de fréquence dans les envies d'uriner, sans douleurs cependant. Ces symptômes ont continué depuis cette époque et persistent sans modifications, lorsqu'il y a six semaines environ la malade a été prise d'une hématurie qui a continué sans interruption depuis cette époque malgré les divers traitements institués.

La vessie admet facilement 200 grammes de liquide, mais ce liquide revient sanglant à la fin de l'évacuation.

L'exploration intravésicale ne détermine aucune douleur.

Au toucher, le col utérin a son orifice entr'ouvert et regarde en arrière. En avant du col on trouve, dans la cloison vésico-utérine une petite tumeur dure et arrondie indolente, du volume

d'une bille qui fait saillie dans la vessie, comme on le constate en combinant l'exploration digitale du vagin avec l'exploration instrumentale de la vessie.

Dans ces conditions nous pensons à un myome vésical et décidons l'intervention.

Le 18 mai 1894 nous pratiquons la taille hypogastrique dans la position élevée du bassin.

L'examen de la face interne de la vessie, montre qu'il n'existe pas de tumeur vésicale, mais que le segment inférieur de la vessie est rouge et granuleux. Profitant de ce que la malade est endormie, nous réexaminons plus attentivement la tumeur et constatons qu'elle se continue manifestement avec la portion susvaginale du col et a des connexions directes avec le muscle utérin. Grattage des granulations à la curette et cautérisation au thermocautère.

Un drain abdomino urétral est placé dans l'angle inférieur de la plaie dont le reste est suturé. Ce drain est enlevé le 2 avril et la guérison se fait sans incidents, l'hématurie ne s'est plus reproduite depuis l'intervention.

Nous revoyons la malade treize mois plus tard le 11 mai 1895. Depuis l'opération il n'y a plus eu d'hématurie, mais les règles sont devenues un peu plus abondantes, l'utérus a augmenté de volume et pris une forme lobalée. Il est évident qu'il est le siège de petits fibromes multiples. Depuis cette époque, nous avons perdu la malade de vue.

Observation LI. — Coexistence d'un épithélioma et d'un fibrome du col. — Rubeska. *Zentralblatt für gynækologie*, 1909.

A. B., 37 ans, mariée, 8 enfants, le dernier il y a un an et demi.

Enucléation le 12 avril 1901 d'un fibrome gros comme le poing développé dans la paroi antérieure du col sous le pli vésico-utérin.

Deux ans plus tard, en 1903 naissance normale d'une petite fille.

3 février 1906, cinq ans plus tard, ablation vaginale de l'utérus pour épithélioma du col développé dans la commissure gauche, et d'un fibrome gros comme une orange bombant dans le cul-de-sac droit.

Guérison.

Observation LII. — Étude anatomique et clinique sur les fibromes du col. Schickele. *Zeitschrift für geburtschulfe und gynakologie*, 1914. *Observation 1*, 1904.

Multipare, 48 ans.

Depuis deux mois son ventre grossit.

Pas de douleurs.

Tumeur du volume d'une tête d'homme développée aux dépens de la paroi antérieure du col. Le col est élevé, petit, repoussé en haut et à gauche. La vessie et son péritoine sont refoulés en haut.

Le corps utérin est rétrofléchi.

Observation LIII. — Schickele. *Observation 2*, 1909.

50 ans, multipare.

Vient parce que son ventre grossit.

Parfois douleurs vésicales. En dernier lieu fréquents besoins d'uriner.

Myomes multiples de la paroi antérieure du col, remontant

jusqu'à l'ombilic. Le col est situé très haut, derrière la symphyse. Le corps utérin est repoussé en arrière et en haut.

La vessie dépasse de trois travers de doigt le bord supérieur de la symphyse. Les ligaments ronds sont fortement étirés. Les annexes droites sont très élevées et ont subi un mouvement de torsion à 180°.

Observation LIV. — Schickele. *Observation 3*, 1905.

38 ans, multipare.

Depuis un an douleurs de ventre et règles irrégulières.

Tumeur de la paroi postérieure du col. Le fond de l'utérus atteint la hauteur de l'ombilic. La lèvre antérieure du col est reportée derrière la symphyse et haut située. On ne peut atteindre la lèvre postérieure du col.

Le péritoine forme des replis transversaux en avant à un travers de main au-dessus de la symphyse. La vessie est repoussée en haut. Les ligaments ronds sont étirés. L'utérine droite est déviée sur le côté. Le fond de l'utérus est nettement distinct du reste de la tumeur.

Observation LV. — Schickele. *Observation 4*, 1909.

47 ans, multipare.

Entre pour des hémorragies et surtout parce que depuis deux jours elle ne peut uriner.

Myome gros comme le poing, développé dans la paroi postérieure du col.

Le corps est libre. La lèvre antérieure forme comme un pli derrière la symphyse. La lèvre postérieure a la forme d'un bourrelet. L'orifice est dévié.

La vessie est repoussée en haut, et son péritoine déplissé.

Les deux utérines sont fortement repoussées en dehors, surtout la gauche.

Observation LVI. — Schickele. *Observation. 5*, 1908.

Myome de la paroi postérieure du col. La lèvre antérieure forme un pli derrière la symphyse. La lèvre postérieure est en bourrelet.

L'orifice externe est dévié.

Les deux utérines sont déviées et l'uretère passe entre deux bosselures du myome.

Observation LVII. — Schickele. *Observation 6.*

48 ans, multipare.

Depuis quelques mois ressent de faibles douleurs vésicales. Besoins fréquents d'uriner.

Myome de la paroi postérieure du col, profondément situé entre le vagin et le rectum et descendant jusqu'au fond du petit bassin.

Pas de déplacement des organes. C'est une tumeur qui, visiblement, s'est de bonne heure dégagée du col.

Le col est seulement repoussé en haut et contre la symphyse.

Observation LVIII. — Schickele. *Observation 7.*

53 ans, multipare.

Ménopause depuis six ans. Dans ces derniers temps, le ventre grossit.

Myomes multiples développés surtout aux dépens de la paroi postérieure du col.

Le col est repoussé derrière la symphyse.

La vessie n'est pas sensiblement déplacée.

L'uretère gauche est déplacé et coudé. La trompe gauche est étirée et l'anse sigmoïde repoussée.

Observation LIX. — Schickele. *Observation 8*, 1905.

54 ans, multipare.

Douleurs de rein et urines sanglantes.

La tumeur fait partie de la paroi utérine antérieure et remonte jusqu'à l'ombilic.

La vessie est peu déplacée.

Le col est porté vers la symphyse et le corps de l'utérus en arrière.

Observation LX. — Schickele. *Observation 9*, 1905.

38 ans, multipare.

Depuis quelques mois pesanteur vésicale et fréquents besoins d'uriner.

La tumeur n'a pas tout à fait le volume d'une tête d'homme. Elle part de la paroi postérieure du col et peut-être atteinte au doigt.

La lèvre antérieure se présente comme un simple pli.

Le cul-de-sac péritonéal descend à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Déviation de la vessie et des ligaments ronds. L'utérine droite est fortement déplacée.

Observation LXI. — Schickele. *Observation 10*, 1905.

38 ans, un enfant.

Aucun trouble de règles ni de douleurs. Elle vient parce que son ventre grossit.

Myomes multiples de la paroi antérieure du col, du volume d'un utérus de quatre mois. Le corps de l'utérus est repoussé en arrière, la vessie en avant.

Les ligaments ronds sont étirés. Le col, non dévié est profondément situé.

Observation LXII. — Schickele. *Observation 11*, 1902.

34 ans, multipare.

Pas de troubles de la menstruation ni de douleurs.

Myome multinodulaire venu de la paroi droite de l'utérus et développé dans le paramètre. Le ligament rond droit est tendu

La tumeur remonte à quatre doigts au-dessus de la symphyse.

Le col est élevé et repoussé à gauche.

Observation LXIII. — Schickele. *Observation 12*, 1906.

38 ans, multipare.

Règles régulières. Pas de douleur.

Myome multinodulaire et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les deux utérines sont déviées sur les côtés.

Le péritoine vésical et l'anse sigmoïde sont repoussés en haut.

Observation LXIV. — Schickele. — *Observation 13*, 1908.

40 ans, un enfant.

Règles normales. Souffre du ventre depuis un an.

Myome à noyaux multiples développé dans tout l'utérus et dont le haut déborde la symphyse d'un travers de main.

La vessie, le péritoine et le Douglas sont repoussés en haut.

L'utérine gauche et l'anse sigmoïde sont refoulées. Les ligaments ronds étirés.

Observation LXV. — Service du Professeur Quénu. Fibrome du segment inférieur développé dans le ligament large.

R. D., 49 ans, entre le 19 février 1901 à l'hôpital Cochin, salle Bichat.

Elle s'aperçoit, il y a un an, qu'elle avait dans le ventre une grosseur, ne lui occasionnant d'ailleurs aucun malaise. Elle accuse seulement une certaine pesanteur, des tiraillements quand elle se baisse.

Pas d'hémorragies. Pertes blanches assez abondantes depuis quatre mois.

Envies fréquentes d'uriner.

Pas de constipation.

Antécédents. — Réglée régulièrement. Ses règles duraient de cinq à six jours, non douloureuses. Dans ces dernières années elles n'ont augmenté ni en fréquence, ni en durée, ni en abondance.

Pas de ménopause.

Une grossesse normale à 25 ans. Suites de couches normales.

Aucune maladie générale.

Urines normales.

Examen. — A la palpation du ventre on sent une tumeur volumineuse dure, occupant tout l'hypogastre et remontant un peu au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur peu mobile est surmontée d'une petite masse arrondie, de la grosseur d'une orange, occupant la partie supérieure et gauche de la tumeur. Celle-ci présente également un petit prolongement arrondi du côté droit.

Opération le 4 mars 1901. — Fibrome du segment inférieur développé dans le ligament large.

Hystérectomie totale.

Guérison.

Observation LXVI. — Service du Professeur Quénu. — Fibrome du col. Hystérectomie totale.

D. Madeleine, entre à l'hôpital Cochin, salle Bichat, n° 11, le 7 février 1901.

Réglée à 14 ans. Mariée à 21 ans.

Deux premiers accouchements normaux. A 26 ans troisième accouchement à terme suivi d'une métrorragie qui dure quinze jours. A la suite de cet accouchement surviennent des pertes blanches très abondantes, presque incessantes qui persistent jusqu'à 41 ans. Elles s'accompagnent à partir de 39 ans de douleurs très vives dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque droite avec douleurs à la miction. Les règles restent à peu près normales.

A 41 ans, curetage au dispensaire Péreire. Les douleurs persistent, mais ne se manifestent qu'au moment de la miction. Pollakiurie. Les règles restent normales jusqu'en septembre 1899. Les pertes blanches ont alors disparu.

En septembre 1899 les règles deviennent beaucoup plus abondantes que d'habitude ; puis, après un retard de deux mois, sans pertes blanches, les règles reviennent régulières, quoique plus abondantes jusqu'en avril 1900.

Interruption des règles d'avril à juillet 1900. En juillet 1900, hémorragie très abondante, durant de quatre à cinq jours. Nouvelle interruption jusqu'en septembre. Du mois de septembre 1900 jusqu'au 27 décembre, pertes de sang presque continuelles. En décembre, après une métrorragie abondante, cessation des pertes sanguines. Il persiste seulement quelques petites pertes peu abondantes.

De septembre 1899 à décembre les douleurs ont été assez

vives, surtout à la miction qui est toujours fréquente. Depuis le mois de décembre, ces douleurs semblent diminuer.

A son entrée, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, pollakiurie persistante ; les douleurs ont disparu.

Les urines sont normales.

Examen physique. — La palpation du ventre permet de sentir une tumeur médiane, dure, lisse et peu mobile.

Au toucher, le col est entrouvert, un peu ramolli. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent au col.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse dure, arrondie, faisant corps avec la tumeur.

Opérée le 15 février 1901 par le professeur Quénu. Hystérectomie abdominale totale. La section du dôme vaginal s'accompagne de l'écoulement d'un liquide visqueux abondant.

Poids du fibrome : 1 kgr. 120.

Dans l'épaisseur du fibrome existent de petits kystes purulents.

Suites opératoires. — La température s'élève à 38°4 à minuit. Le lendemain elle atteint 38°6, le pouls 112 et la malade succombe à la fin du second jour, avec une température de 38°6, un pouls à 150 et présentant des signes de septicémie.

Observation LXVII. — Service du Professeur Quénu. Fibrome de la lèvre postérieure du col.

C. J., 47 ans, journalière. Entrée à Cochin salle Bichat, n° 13 pour des douleurs abdominales de la rétention d'urine et une constipation opiniâtre.

Il y a un mois elle commence à souffrir du ventre. Les règles durent plus longtemps que d'habitude, elles sont franchement

rouges et très abondantes. Elles avancent de trois à quatre jours.

Il y a six mois les douleurs deviennent plus aiguës, elles sont localisées dans le bas-ventre. Puis, dans l'intervalle des règles surviennent des pertes blanches très liquides et assez abondantes.

La malade de plus en plus gênée pour uriner doit être sondée chaque matin. La constipation devient de plus en plus opiniâtre.

Ces troubles de compression cessent brusquement pendant un mois puis reviennent douze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Réglée à 17 ans, mariée à 28, un enfant à 30 ans, un autre à 32. Ces deux accouchements ont été normaux, le premier cependant assez pénible.

Pas de fausses couches. Règles régulières, normales en quantité et durant de trois à quatre jours.

Examen. — Ventre volumineux, on sent au-dessus de la symphyse la vessie dilatée qui atteint l'ombilic. La malade sondée on pratique le toucher.

Le col utérin, dilaté est situé à 3 centimètres environ de l'orifice vulvaire. Il semble très volumineux, aplatissant le rectum. La main abdominale sont une tumeur remontant à quatre travers de doigt au dessous de l'ombilic. En la mobilisant on transmet au doigt vaginal de légers mouvements, mais ces mouvements sont restreints.

On fait le diagnostic de fibrome enclavé dans le petit bassin peu mobile, et appartenant à la lèvre postérieure du col et exerçant des compressions sur la vessie et le rectum.

Examen général, Autres appareils normaux.

Anorexie légère, ni sucre ni albumine. Etat général assez bon. Très peu d'anémie.

Opérée le 22 décembre par le professeur Quénu. Laparotomie, hystérectomie totale.

Tumeur nettement développée aux dépens du col, lèvre postérieure du volume d'une tête d'enfant ayant porté l'utérus de volume normal, en haut et en avant d'elle.

Ablation en deux temps :

1° Enucléation du fibrome ;

2° Ablation de l'utérus. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le vingt-troisième jour.

Observation LXVIII. — Service du professeur Quénu. Fibrome du col, hystérectomie totale.

C. femme S., 46 ans, entre le 23 février 1902, hôpital Cochin, salle Bichat.

Il y a un an elle commence à grossir peu à peu, mais il n'y a que trois mois que des troubles survenant du côté des règles qui sont plus abondantes et durent deux jours de plus que d'habitude. Entre les règles aucune autre perte.

Pas de troubles du côté du tube digestif ni des mictions.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, règles régulières. Mariée a 18 ans. Un enfant à 19 ans et demi, un autre à 23, le troisième à 25, le quatrième à 27, le cinquième à 29.

Examen. — Ventre assez volumineux, environ de la taille d'une grossesse de 7 mois.

On peut sentir à la région hypogastrique une tuméfaction médiane, très dure et immobile, légèrement saillante en avant, atteignant en haut un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le toucher montre le col non ramolli. L'utérus est gros et fait partie de la tumeur. Les culs-de-sac sont libres.

Opération le 6 février 1902 par le professeur Quénu.

Fibrome du col Hystérectomie totale. Suites opératoires normales. La malade sort le 6 mars 1902.

Observation LXIX. — Service du professeur Quénu. Volumineux fibrome de la face postérieure supravaginale du col.

L. P., 45 ans, blanchisseuse entre le 27 février 1909 à l'hôpital Cochin.

Elle entre pour des troubles urinaires ayant débuté au mois de janvier. Pendant tout ce temps envies fréquentes d'uriner, douleurs à la miction et, d'après la malade urines troubles.

Le 28 rétention d'urine.

Pas de métrorragies.

Quatre enfants et deux fausses couches.

Examen. — Ventre un peu flasque. La palpation permet de sentir au-dessus du pubis une tumeur arrondie et dure, bosselée, très mobile, remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher, le doigt pénètre dans le col qui est très dilaté et s'enfonce jusqu'à l'isthme. La lèvre antérieure est très petite, réduite à un liseré, et reportée très en avant ainsi que le cul-de-sac antérieur, la lèvre postérieure est conservée.

A travers la paroi du cul-de sac postérieur on sent une masse volumineuse, située en arrière du col utérin et semblant rétro-utérine.

Dans la plus grande partie de son étendue elle semble indépendante de l'utérus. Cependant, dans la base du ligament large, il semble qu'elle soit adhérente à la face postérieure du col.

Toute cette masse est enclavée dans la concavité sacrée. On ne peut la refouler en haut ; elle est très peu mobile. En mobilisant la tumeur abdominale on transmet quelques légers mouvements à la tumeur vaginale et au col.

La consistance de la tumeur vaginale, qui est lisse et sans bosselures est ferme, sauf en une zone située dans sa partie supérolatérale gauche et une petite plaque située à sa partie inférieure et un peu à gauche de la ligne médiane, où elle est plus dépressible.

Opération le 30 avril 1909 par le professeur Quénu. Volumineux fibrome du col. On commence par énucléer la tumeur puis on fait une hystérectomie totale.

Suites opératoires. Normales. La malade sort guérie le 23 mai 1909.

Observation LXX. — Service du professeur Quénu. — Fibrome du col, énucléation. Hystérectomie totale.

F. L., 47 ans, entre le 14 mai 1909 à l'hôpital Cochin.

La malade vient pour des pertes rouges sans odeur, contenant des caillots.

Les premières datent de cinq ans. Elles ont duré six semaines sans interruption. La malade s'alite, prend des injections chaudes et les pertes disparaissent. Après cette perte la malade voit revenir ses règles régulièrement, mais elles sont devenues douloureuses et l'obligent à se coucher. Elles durent quatre jours.

Il y a six mois, ses règles ayant débuté à l'époque normale durent plus d'un mois ; la malade perd presque constamment des caillots. Depuis les règles reviennent normalement, mais le ventre grossit.

Antécédents. — Réglée à 16 ans. Pas de pertes blanches, un enfant il y a trente ans.

Examen. — Ventre volumineux, la peau est amincie et présente des vergetures.

Matité remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le toucher montre un col légèrement entr'ouvert, très en haut et difficilement accessible.

Par le palper bimanuel on constate une tumeur volumineuse de consistance charnue et occupant toute la région sous-ombilicale de l'abdomen. Cette tumeur présente deux bosselures volumineuses. Elle est irrégulière mais lisse. Elle est mobile et non douloureuse.

Actuellement la malade est peu gênée, elle accuse seulement des douleurs un peu vives dans la fosse iliaque gauche avec sensation de pesanteur au moment de ses pertes de sang.

Les téguments sont légèrement décolorés. La malade semble en bon état de santé, elle n'a pas maigri, l'appétit est conservé, elle digère bien et n'est pas constipée.

Opération le 14 mai 1909 par le professeur Quénu. Fibrome du col. Enucléation, hystérectomie totale.

Suites opératoires normales. La malade sort le 9 juin.

Observation LXXI. — Service du professeur Quénu. — Fibrome de la paroi postérieure du col. Morcellement. Hystérectomie.

A. J., 43 ans, mécanicienne. Entrée le 26 novembre 1912 à l'hôpital Cochin, salle Terrier.

Elle vient pour des métrorragies. Le début de l'affection remonte à trois ans. Avant cette époque la malade était réglée

régulièrement et ses règles duraient de trois à quatre jours.

En 1909, elle remarque que ses règles durent plus longtemps, en même temps elles deviennent de plus en plus abondantes et en 1911 elles duraient plus de huit jours. Depuis cette époque leur abondance augmente de plus en plus et la malade remarque qu'elle perd des caillots. Depuis juin 1912 elle perd presque sans discontinuer. A peine de temps à autre une intervalle de quelques jours sans pertes.

Au mois d'août 1912, la malade à 4 heures du matin ressent un violent besoin d'uriner. Elle ne peut le satisfaire qu'à huit heures du soir après avoir beaucoup souffert.

Nouvelle crise il y a un mois en octobre 1912. On doit la sonder.

Nouvelle crise il y a quinze jours à la fin de laquelle la malade finit par uriner normalement.

Pas de douleurs, pas de sensation de pesanteur abdominale. Migraines et constipation.

Antécédents. — Réglée à 13 ans régulièrement. Durant de trois à quatre jours, non douloureuses. Pas de leucorrée.

Ni enfants ni fausses couches.

Il y a trois mois elle a subi une opération qui aurait porté sur un cornet.

Examen. — Le toucher montre un col normal, un utérus assez mobile et une grosse masse faisant corps avec lui et mobile avec lui. Cette masse siège en arrière et refoule en avant le corps utérin.

Opération le 6 décembre 1912 par le professeur Quénu. Laparotomie médiane. Gros utérus avec fibrome siégeant en arrière au niveau du col utérin. On doit le morceler pour l'enlever. Ablation de l'utérus et des annexes.

Suites opératoires. — Dans la soirée la malade vomit 10 fois. 500 grammes de sérum.

Le 14 décembre on enlève les fils.

Dans les jours qui suivent se produit une éventration.

Du 15 au 25 décembre la température est élevée et il s'écoule de la paroi un peu de sérosité.

La fièvre tombe et la malade sort guérie le 15 janvier 1912.

Elle revient le 6 décembre 1913 et est opérée de son éventration à l'anesthésie locale.

Observation LXXII. — Service du professeur Quénu. — Fibrome du col. Énucléation, hystérectomie.

C., 31 ans, entre le 30 octobre 1911 salle Terrier.

Au mois de février 1911 elle s'aperçoit qu'elle a dans le ventre une petite grosseur dure qui d'ailleurs ne la fait pas souffrir, mais elle urine souvent et est constipée.

Cette grosseur augmente peu à peu. Au mois d'août elle commence à souffrir, douleurs sciatiques et douleurs de rein.

Pas de pertes de sang entre ses règles qui reviennent régulièrement tous les vingt et un jours.

Antécédents. — Mariée à 29 ans, elle n'avait jusque-là jamais été réglée.

Pas d'enfants.

Opérée le 30 novembre par le professeur Quénu.

Fibrome développé dans le col. Énucléation puis hystérectomie. On laisse l'ovaire gauche en place appendicectomie.

Suites normales. Elle sort le 11 décembre.

Observation LXXIII. — Service du professeur Quénu.

M. femme P., 48 ans, cuisinière.

Entrée le 12 octobre 1912 salle Terrier.

Vient pour des douleurs dans le côté droit du ventre et des métrorragies.

Le début des douleurs remonte à cinq semaines. Elles ont commencé insidieusement, ont augmenté rapidement et sont devenues très fortes.

Très régulièrement réglée depuis l'âge de 11 ans. Pas d'enfants ni de fausses couches.

Examen. — Le toucher montre une grosse masse, dure, bosselée, irrégulière faisant saillie dans les culs-de-sac latéraux et antérieur, surtout à droite.

Opérée le 5 novembre 1912 par le professeur Quénu.

Guérison.

Observation LXXIV. — Service du professeur Quénu. — Volumineux fibrome de la lèvre antérieure du col étendu au corps utérin.

C. femme M., 43 ans, entrée le 23 août 1913.

Vient parce que son ventre grossit et pour des troubles de la miction.

Les règles toujours régulières, durant de trois à quatre jours, cessent en octobre 1912. Vers cette époque elle remarque que son ventre grossit, qu'elle se fatigue plus facilement, surtout quand elle fait des ménages et qu'elle frotte. Sensations abdominales douloureuses qu'elle compare à des chiens qui la rongent.

Vers la même époque troubles vésicaux. Incontinence d'urines quand elle est debout. En marchant elle perd ses urines sans s'en apercevoir. Quand elle veut uriner elle doit faire de violents efforts qui n'aboutissent que difficilement à l'émission de quelques gouttes d'urine. Ces troubles augmentent de plus en plus jusqu'en ces derniers temps. La malade qui allait toujours réguliè-

rement à la selle, se trouve peu à peu en proie à une constipation opiniâtre.

En juillet survient une perte qui dure du 10 au 22; se produisant chaque matin, contenant de gros caillots et cessant vers les 10 heures. Cette perte s'arrête tout d'un coup et ne reparaît plus.

Le 22 août, elle est prise le matin en se levant d'une perte qui dure une heure. Nouvelle hémorragie très abondante le soir à 10 h. 1/2. Elle recommence à perdre le lendemain matin à 3 heures et perd encore quand on l'amène à l'hôpital.

Pas de perte de forces, pas d'amaigrissement, seulement sensation de fatigue.

Antécédents. — Ulcère d'estomac à 26 ans. Elle reste dix-huit mois au lait.

Sept enfants tous à terme, sauf un à huit mois qui ne vit que quarante-huit heures.

L'un est décédé à 3 mois d'entérite, un à 11 ans de méningite cérébro-spinale et un à 3 ans de tuberculose.

Le dernier à 4 ans 1/2.

En 1903 un curetage à la suite d'un accouchement.

Examen. — Ventre vergeturé, développé surtout dans sa région sous-ombilicale et saillant sur la ligne médiane.

La palpation permet de sentir une tuméfaction arrondie, allongée, remontant jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic. Elle est lisse, de consistance dure et peu mobile, non douloureuse. Son pôle inférieur disparaît derrière le pubis en s'effilant. Matité au niveau de la tumeur, les flancs sont souples et sonores

Toucher.— Le doigt introduit dans le vagin est arrêté à 3 centimètres de la vulve par une tuméfaction ferme et élastique, régulière, du volume d'un œuf de poule, sur laquelle on peut

faire glisser la muqueuse. Cette tuméfaction est séparée de la paroi vaginale antérieure par un sillon étroit dont le doigt atteint facilement le fond.

En arrière, il semble que l'on sente l'orifice du col qui est comme aplati derrière la masse. Le doigt n'arrive pas au fond du cul-de-sac postérieur. Toute cette masse est très fixe. Les mouvements communiqués à la masse abdominale se transmettent à la tuméfaction vaginale. On ne sent pas les annexes. Les culs-de-sac latéraux sont souples et non douloureux.

Les urines sont normales et les autres appareils n'offrent rien de particulier.

Opération le 23 août 1913 par M. le Dr A. Schwartz. Aide : M. Le Gal La Salle.

Laparotomie médiane. On tombe sur une énorme tumeur sur la face antérieure de laquelle on voit la vessie qui remonte un peu au-dessus du pubis. A la face postéro-supérieure de la tumeur une bosselure représente le corps utérin flanqué de chaque côté par des annexes saines. Ligature et section des pédicules utéro-ovariens. Section et ligature des ligaments ronds qui se rencontrent étirés à la surface de la tumeur. Incision du péritoine sur la face antérieure de la tumeur.

La tumeur est saisie avec le tire-bouchon et on la décortique prudemment. Cette décortication est d'ailleurs facile et la tumeur s'élève aisément.

En isolant la face latérale droite de la tumeur on découvre un gros paquet veineux qui rampe à la surface de la tumeur. On se prépare à le saisir dans une pince, quand au moment de l'appliquer on remarque un cordon de direction presque horizontale qui passe au milieu du paquet veineux. On l'isole et on constate que c'est l'uretère droit qui croise la tumeur à l'union

de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs. Le pédicule veineux est pincé entre l'uretère et la tumeur. La décortication se continue aisément. On pince les utérines sur les côtés du pôle inférieur de la tumeur.

En dégageant plus complètement la face postéro-inférieure de la masse, on ouvre le vagin qui est comme étalé à la surface de la tumeur qui le distend. La section est continuée sur les côtés puis en avant et l'hystérectomie totale terminée.

Suites normales.

La tumeur enlevée est un volumineux fibrome uninodulaire qui a envahi la face antérieure du col, de l'isthme et s'étend dans la partie inférieure de la face antérieure du corps. Celui-ci apparaît avec sa forme normale et non augmenté de volume, plaqué sur la partie postéro-supérieure de la tumeur. L'extrémité supérieure du vagin était énormément dilatée.

Observations de fibromes du col compliquant la grossesse

Observation LXXV. — Volumineux fibrome de la lèvre postérieure. Enucléation, accouchement spontané de deux jumeaux. — Mac Larren. *Annals of Surgery*, 1909.

Une très volumineuse tumeur de la lèvre postérieure du col remplissait complètement la cavité pelvienne et empêchait absolument la tête de s'engager.

Cette tumeur fut enucléée avec beaucoup de difficulté et bien qu'il se fût produit une hémorragie abondante qui ne pût être arrêtée qu'en bourrant de gaze la cavité.

L'accoucheur traitant, enleva la gaze vingt-quatre heures plus

tard, pendant le travail, alors que la tête engagée comprimai la cavité.

Guérison complète qui s'est maintenue ultérieurement.

Observation LXXVI. — Enucléation abdominale d'un fibrome du col au cours de la grossesse. — Thévenard. *Société des Chirurgiens de Paris*, 1910.

Menstruation toujours régulière et normale. Dernières règles le 18 décembre dernier et peu après signes ordinaires d'une grossesse. Très rapidement l'abdomen subit un développement anormal et en même temps apparaissent des signes de compression (œdème des jambes, gêne respiratoire, etc...). Un deuxième examen fait conclure à l'existence d'un kyste de l'ovaire et d'une grossesse.

La malade est alors examinée par M. Thévenard. L'abdomen présente le volume d'une grossesse à terme, bien qu'elle ne date que de 4 mois à 4 mois et demi. Au palper on constate la présence d'une tuméfaction bilobée s'étendant depuis le petit bassin où elle plonge jusque sous les fausses côtes à gauche.

La main délimite facilement la présence d'un premier lobe franchement médian, et remontant à environ deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les contours sont lisses, nets et arrondis. Dans son ensemble, cette masse et globuleuse. Cependant on ne peut complètement en faire le tour. En arrivant près de son pôle inférieur, un peu à droite de la ligne médiane, on sent une encoche assez profonde, en tous cas très appréciable, puis on peut suivre de nouveau les contours d'une seconde tumeur surplombant la première, comme elle lisse, arrondie et globuleuse. En redescendant sur le bord gauche de celle-ci on retrouve l'encoche qui la sépare de la première. Sur la face anté-

rieure de cette double tumeur, on trouve facilement un sillon aboutissant aux deux encoches. Ces deux tumeurs paraissent bien distinctes et séparées. De plus leur consistance n'est pas la même ; l'inférieure est franchement rénittente, la supérieure presque fluctuante.

Le toucher fait sentir un col effacé ramolli, légèrement entr'ouvert, se continuant sans aucune ligne de démarcation avec la masse sus-jacente qui est sentie à travers les culs-de-sac vaginaux, libre, lisse et arrondie.

D'autre part, les seins sont tendus, présentent une pigmentation accentuée ainsi que la ligne blanche. Les tubercules de Montgommery sont développés. Bref, bien que nous n'entendions ni souffle utérin, ni bruits fœtaux nous croyons pouvoir confirmer le diagnostic de notre confrère, kyste de l'ovaire et grossesse. Étant donné l'augmentation rapide de volume du ventre, nous croyons devoir intervenir.

L'intervention a lieu le 21 avril. Narcose au chlorure d'éthyle continuée par le chloroforme. Laparotomie médiane. La tumeur est sortie dans son ensemble. Nous nous rendons compte que la tumeur supérieure que nous avons prise pour un kyste de l'ovaire est le corps utérin gravide. La paroi extérieure est sillonnée de nombreuses veines comme si la circulation était gênée. Le lobe inférieure de la tumeur, du volume d'une tête d'enfant est constituée par un fibrome intrapariétal développé aux dépens de la portion sus-vaginale du col.

J'incise alors la paroi utérine suivant l'axe longitudinale. A une profondeur de 1 centimètre environ j'arrive sur le fibrome que je puis heureusement énucléer sans trop approcher de la cavité utérine. La poche ainsi créée est soigneusement capitonnée au catgut, ce qui arrête le suintement vasculaire abon-

dant. La coque interne est suturée à points très rapprochés. Enfin, par-dessus cette dernière suture, le péritoine utérin est lui-même suturé par des points à la Lambert. Suture de la paroi abdominale en trois plans.

Les suites opératoires furent extrêmement simples. La malade quitte la clinique le vingt et unième jour et je pus avant son départ percevoir les bruits du cœur fœtal.

Observation LXXVIII. — Fibrome du col et utérus gravide. Hystérectomie supra-vaginale très basse. — Mouchotte. *Annales de gynécologie*, 1911 (Résumée).

M., 38 ans, réglée à 14 ans. Règles d'abord très douloureuses. Les douleurs persistent très vives jusqu'à 25 ou 28 ans puis s'atténuent pour ne plus persister que sous forme de gêne. Durée des règles de quatre jours, jamais elles n'ont été plus longues ou abondantes.

A 35 ans, angine grave. Jamais de pertes blanches ni d'affection génitale.

Se marie le 3 février 1910. Au cours de l'année précédente elle avait remarqué que son ventre se développait et elle éprouvait dans la région hypogastrique en marchant, de très vives et très fugaces douleurs.

Le cinquième jour du mariage surviennent les règles, une fécondation a lieu peu après.

Fin de février, sensation de pesanteur, mais sans aucun trouble vésical ni rectal.

Fin de mai, douleurs dans la fosse iliaque le flanc gauche, la région lombaire gauche ; d'abord intermittentes elles deviennent bientôt continuelles et empêchent le sommeil.

Vers ce même moment, et persistant jusqu'à l'opération appa-

raissent des troubles rectaux et vésicaux. Alternatives de diarrhée et de constipation. Certains jours elle urine peu, une ou deux fois en vingt-quatre heures et une très petite quantité, alors qu'elle éprouve des douleurs hypogastriques. D'autres jours, elle urine six ou huit fois avec une grande facilité, sans douleurs et en grande abondance.

L'état général s'altère : gêne respiratoire, insomnie, amaigrissement, œdème des jambes, albuminurie.

Le 11 juillet, on l'examine et trouve un utérus gravide du volume de cinq à six mois, refoulé à droite.

Sur sa face antérieure au-dessus du pubis, existe une masse fibromateuse indurée, très étendue et qui saille avec netteté au moment de la contraction. A gauche de l'utérus, occupant le flanc gauche, et descendant en bas dans la fosse iliaque, remontant en haut sous le rebord inférieur des côtes est une masse longitudinale, épaisse de consistance ferme, immobilisée, sensible à l'exploration, présentant une sorte d'encoche sur son bord antérieur. Une zone de sonorité sépare complètement cette masse du bord gauche de l'utérus gravide. Au toucher vaginal l'excavation est trouvée complètement vide, sauf en haut, où on perçoit derrière le col une tuméfaction indurée qui semble être un gros fibrome cervical.

Opération le 27 juillet. Longue incision abdominale, l'utérus est découvert. La face antérieure est occupée par un volumineux fibrome sessile et présente en outre plusieurs petits fibromes. On trouve plusieurs noyaux saillants et en particulier un volumineux fibrome appartenant à la partie postéro-inférieure du corps utérin et postérieure du col.

Hystérectomie supravaginale très basse. Suites normales.

Observation LXXIX. — Fibrome du col et grossesse. — Lapeyre et Rouvière. *Montpellier Médical*, 1914 (Résumée).

L. C., 32 ans, entre le 5 décembre 1913 pour douleurs abdominales vives dans le service du professeur Tédenat. Leur début remonte à avril 1913 ; douleurs irradiées dans les cuisses, le bas-ventre et les reins augmente progressivement jusqu'à il y a un mois. En même temps apparaît une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Les règles très régulières et abondantes, ont cessé depuis le 2 septembre 1913. Constipation assez opiniâtre.

Antéédents. — Réglée à 13 ans. Règles régulières, indolores. Mariée depuis deux ans. Pas de grossesse.

Examen. — La région de la fosse iliaque droite est soulevée par une tumeur sous-jacente. Au palper on sent une tumeur dure, bosselée dans tous ses points, sauf à la partie supérieure qui est lisse et rénittente.Le pôle supérieur est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La pôle inférieur plonge dans le petit bassin. Au toucher, on trouve le col petit, fermé, plutôt dur, se continuant très vite en s'étalant, avec une masse qui occupe la cavité pelvienne. Les culs-de-sac latéraux se trouvent aussi refoulés, et dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse du volume d'une orange qui apparaît comme une bosselure de la tumeur pelvienne.

Il s'agit donc d'un fibrome, mais on pense qu'il s'agit aussi d'une grossesse en se basant sur l'absence de règles, l'accroissement de volume rapide de la tumeur, la fluctuation du pôle supérieur de la masse. Malgré cela à cause de violentes douleurs éprouvées par la malade et de la situation des noyaux dans le col, l'intervention est décidée.

9 décembre 1913. — Hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires excellentes.

La tumeur enlevée, ovoïde, pèse 1 kgr. 300. La surface est parsemée de bosselures très dures du volume d'une noisette à une orange. Au pôle supérieur une partie lisse du volume du poing donne nettement une sensation de fluctuation.

Sur une coupe nous trouvons que cette cavité contient un œuf de 3 mois environ.

Le col est entouré de trois masses fibreuses arrondies et dures qui enserrent le canal cervical au point que pour le cathétériser on doit employer une fine bougie en gomme.

Observation LXXX. — *Due à l'obligeance de M. le Professeur* Quénu. — Fibrome de la lèvre antérieure du col et du segment inférieur d'un utérus gravide de 5 mois et demi ; hystérectomie sus-vaginale.

Malade de 36 à 38 ans. Un enfant.

Je suis appelé auprès d'elle en mai 1902 par le Dr Th. Grosse, tumeur débordant l'ombilic chez une femme enceinte de plus de cinq mois. La masse fibreuse occupe le segment inférieur de l'utérus et de l'avis de M. Bar oppose un obstacle absolu à l'accouchement. Dans une dernière consultation avec le professeur Terrier et le professeur Budin, l'avis unanime qu'il faut opérer.

Opération le 20 mai 1902 par le professeur Quénu assisté de M. Duval.

Laparotomie médiane remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Gros fibrome sessile développé dans la paroi antérieure de l'isthme et s'étant porté vers la droite dans la partie basse du ligament large. La vessie est refoulée en haut et en avant, soulevée au niveau du bas-fond par le fibrome qui a dédoublé la

cloison vagino-vésicale. Un profond sillon sépare le fibrome du corps de l'utérus.

Ligature des pédicules utéro-ovariens. Taille du lambeau péritonéal antérieur aux dépens du péritoine sus-fibromateux.

Essai d'ablation en bloc de l'utérus et du fibrome.

On se rend compte qu'à gauche, le pincement de l'utérine serait facile, mais qu'à droite, l'extrémité droite du fibrome recouvre le pédicule vasculaire.

Hémorragie veineuse droite dans la direction de la face postérieure du fibrome. Compression digitale, Pose d'un lien élastique dans le sillon interutérofibromateux à la limite supérieure de l'isthme.

Ablation du fibrome par morcellement ; sections successives de tranches horizontales. Ablation de la dernière par tractions légères.

Hystérectomie sus-vaginale. Le col est très étiré, aminci ; la face antérieure du vagin, le cul-de-sac utéro-vaginal antérieur et la partie haute de la face antérieure formaient le plancher de la loge fibromateuse.

Les artères utéro-ovariennes nécessitent une double ligature Les pédicules vasculaires étaient plus gros que le pouce.

Le vagin est ouvert sur un quart de centimètre. Un point de suture. Résection cunéiforme du col. Suture. Ligature des utérines.

Fermeture par deux fils en bourse (catgut) de la loge fibromateuse. Surjet péritonéal.

Les suites opératoires furent des plus simples la température n'a pas dépassé 36°5.

Pièce : fibrome dense sans géodes.

Placenta inséré sur la face postérieure du col de l'utérus. Fœtus femelle animé de mouvements.

CONCLUSIONS

I. — L'étude des fibromes du col, sous-isthmiques, à développement pelvien, ne peut être séparée de celle des fibromes qui siègent au niveau de l'isthme, ou même dans la partie toute inférieure du corps. Ils ont les mêmes rapports et donnent lieu aux mêmes symptômes et aux mêmes considérations opératoires.

II. — Ces fibromes sont beaucoup moins fréquents que ceux du corps utérin. Ils représentent seulement 8,5 °/₀ de la totalité des fibromes.

III. — Ils déplacent les organes pelviens, en particulier la vessie et l'uretère, exception faite cependant, pour les fibromes qui naissent dans la partie postérosupérieure du col.

IV. — Leur symptomatologie se caractérise par la rareté relative des hémorragies et la fréquence des troubles urinaires, surtout de la rétention.

V. — Leur diagnostic n'offre pas en général de grosses difficultés ; il doit être toujours complété par un examen minutieux de l'appareil urinaire.

VI. — Pendant la grossesse ils sont presque toujours bien supportés. Durant le travail ils sont une cause fréquente de dystocie, bien que l'accouchement spontané ne soit nullement impossible.

VII. — La technique opératoire est essentiellement variable suivant les cas. Elle doit être dominée par la crainte de la vessie que l'incision haute du péritoine évitera, et de l'uretère qui nécessitera une décortication prudente.

L'énucléation comme premier temps de l'hystérectomie rend les plus grands services. Elle expose peu à l'ouverture de la cavité utérine ; elle rapproche les vaisseaux et l'uretère de leur situation normale ; elle facilite la pédiculisation des éléments vasculaires dissociés, et rend les opérations de fibromes du col, autrement difficiles et dangereuses, comparables à une hystérectomie banale pour fibrome du corps utérin.

Pendant le travail, on préfèrera aux manœuvres obstétricales la césarienne suivie d'hystérectomie.

Vu : le Président de la thèse,
QUÉNU

Vu le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1900 consulter Tridondani (*Annali di Obstricia y gynecologia*, t. XXII, 1900, p. 553).

Acland. — Fibromes du col compliquant la grossesse. *Lancet*, 1904, t. II, p. 948.

Auvray. — Le traitement des fibromes de l'utérus. *La Clinique*, 1908, p. 374.

Baer. — Tumeurs fibreuses compliquant la grosssesse. *American journal of Obstetrics*, t. XLI, 1910.

Bauer. — Myome du col et grossesse. *Zentralblatt fur gynakologie*, 1910.

— Complications des fibromes utérins. *Th. Strasbourg*, 1906.

Baumm. — Myome du col. *Monattschrift für Geburtschulfe und gynakologie*, 1911.

Balaban. — Sur les myomes du col. *Monattschuft f. Geburts. u. gynæk.*, t. XXXV, 5 mai 1912.

Bar Chambrelent, Brindeau. — Pratique de l'art des accouchements, 1914.

Beule (de). — Sur les fibromes utérins rétro et paravésicaux. *Société belge de Chirurgie*, 1900.

Betbèze. — Fibromes prævia et grossesse, accouchements spontanés, 1913-1914. *Th. Toulouse*.

Berard et Murard. — Fibrome de la face postérieure du col enclavé dans le pelvis, troubles de cempression vésicaux et rectaux. *Lyon médical*, 1911.

Beaussenet et Naudrot. — Fibrome intraligamentaire et grossesse de 3 mois 1/2. *Société anatomique de Paris*, 1903, p. 720.

Baui. — Opération pour un fibrome du col pendant le travail. *Lancet*, 1905, p. 997.

Boursier. — Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibrome. *Annales de gynécologie*, 1901.

Bouvier. — Les fibromyomes de l'utérus intraligamentaires. *Th. Bordeaux*, 1901.

Bogdanovics. — Un cas de fibrome cervical. *Gynækologia*, Budapest, 1907.

Brindeau. — Traitement des fibromes gravidiques. *Bulletin Médical*, 1906, p. 847.

Burgos. — Des troubles urinaires causés par les fibromes utérins. *Revista medica de Sao Paulo*, 1912, t. XV, n° 3.

Caillaud. — Fibrome utérin de la portion sus-vaginale du col, développé dans la cloison rectovaginale. *Soc. anat. de Paris*, 1er décembre 1911.

Castet. — Complications urinaires des fibromes utérins. *Th. Bordeaux*, 1906.

Cathala. — Volumineux fibrome prævia. Césarienne suivie d'hystérectomie. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, juin 1912.

Chavannaz et Loubet. — Fibrome de l'utérus avec volumineux prolongement pelvien. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911.

Cleisz. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. *Th. Nancy*, 1908.

Cottin. — Fibrome enclavé et grossesse. *Bull. et mém. Société de chirurgie*, 1902, p. 421.

Cusmanano. — Fibrome de la portion vaginale du col. *Archives italiennes de Gynécologie*, 1906, I, p. 143.

Dekester. — Myome de la lèvre postérieure du col utérin énucléation. Guérison. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 29 oct. 1910.

Deletrez. — Hystérectomie césarienne dans un cas de grossesse à terme compliquée de fibromes. *Journal de Chirurgie Belge*, t. XI, n° 1 et 2, 1912.

Desmoulins. — Du péritoine et de la péritonisation dans les fibromes du ligament large. *Gynécologie*, 1906, p. 230.

Delaunay. — Blessure de la vessie et de l'uretère au cours d'une hystérectomie abdominale pour fibrome intraligamentaire. *XXVe Congrès de Chirurgie*, Paris, 1901, p. 641.

Delagenière. — De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus. *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1900.

Delbet. — Indications opératoires dans les fibromes compliqués de grossesse. *Bull. et mém. Soc. de Chirurgie*, 1902, p. 603.

Delmas. — Volumineux fibrome vésico-utérin à symptomatologie primitivement vésicale. *Réunion d'Obstétr. et de Gynec. de Montpellier*, t. I, n° 9, 1912.

Dartigues. — Technique de la fibromyomectomie conservatrice par colpotomie antérieure. *Gazette des Hôpitaux*, 2 sept. 1913.

— *Th. de Paris*, 19

Dionnet. — Contribution à l'étude des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes utérins. *Th. Lyon*, 1913-1914.

Dorsett. — Observations sur 140 opérations de fibromes. *J. of the amer. medic. Assoc.*, t. LVII, 23 décembre 1911.

Duret. — Morcellement. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1901, p. 217.

Epron. — Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par les fibromes utérins. *Th. Bordeaux*, 1901.

Edgard. — Fibrome du col. *Glasgow médical*, p. 1903.

Fabre. — Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome utérin enclavé au cours de la grossesse. *Lyon médical*, 1906.

Fairbairn. — Tumeur fibreuse du col. Hémorragies. *Trans. Obst. Society*, 1904, XLX.

Ferroni. — Myomes cervicaux et grossesse. *Annali de Obstetria e gynecologia*, t. XXXV, I, n° 4. p. 336.

Gasquet. — De la calcification des fibromes. *Th. Montpellier*, 1909.

Galabin. — Trois fibromes du col. *Trans. Obst. Society London*, 1904, XLX, p. 175.

Giles. — Volumineux fibrome cervical. *Bull. Soc. Roy. de Med. de Londres*, 1910.

— Hystérectomie pour fibrome du col. *Med. Pr. a. Circ.*, 1905, t. LXXIX, p. 406.

Gorwitz. — Fibrome utérin rétrocervical. *Journal akoucherstva i jensrich bolezniei*, t. XXVIII, n° 4, 1913.

Gottschalk. — Sur l'opération des myomes du col. *Deutsche medi. Wochensch.*, 1903, XXIX, p. 785.

Gronsdeff. — Fibromyome retrocervical Vracht, 1900, XXI, p. 225.

Grosse. — Des interventions chirurgicales au cours de la grossesse et pendant la grossesse compliquée de fibrome. *Th. Paris*, 1901-1902.

Griffiths. — Volumineux fibrome intravaginal gênant l'accouchement. *Bull. Soc. Roy. de Méd. de Londres*, 1910.

Hartog, Rosenstein, Preiss. — Myome utérin compliquant le travail. *Monasst. f. geburtsch. u. gynak.*, 1909.

Haultain. — Etude anatomique et clinique sur trente cas de fibromes du col enlevés par hystérectomie. *Edmburg med. journ.*, XXI, 1907, 397.

Hartmann. — *Annales de gynécologie et Obstétrique*, 1900, p. 193.

— Supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. *Ann. de gynec. et Obst.*, 1905, p. 329.

Hedley. — Fibromes du col et du corps utérin. *Bull. Soc. Roy de méd. de Londres*, 1910.

Helme. — Deux cas d'obstruction du bassin par fibromyone. *J. obst. a gynec. Brit. Empire*, 1902.

Izard. — Contribution à l'étude de la région intervésico-utérine. *Th. Paris*, 1903-1904.

Jamain. — Fibromes et puerpéralité. *Th. Paris*, 1907.

Jacharias. — Une forme rare de myome du col. *Zts. f. geburtsch. u. gynak.*, 1904, t. LIII, p. 182.

Jeanne. — Fibrome de la portion sus-vaginale du col. *Normandie médicale*, 1903.

— Fibrome de l'utérus et fibrome pédiculé du ligament large. *Normandie médicale*, 1910.

Joubert. — Indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibromes. *Th. Paris*, 1907.

Jordon. — Myome du ligament large. *Brit. gynec.*, 1902, XVIII, p. 31.

Jesset. — Gros fibrome du col. *Brit. gynec.*, 1904-1905, p. 82.

Jolly. — Myome du col utérin. *Zeitsch. f. geburts u. gynæk.*, 1910.

Kieffer. — Utérus infantile et fibrome du col. *Bull. Soc. Roy. Belge de gyn. et obst.*, 1900, p. 232.

— Tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement. *Bull. Soc. d'Obst.*, 1907.

Knox. — Compression des uretères par fibromyome. *Am. j. obstétric.*, 1901, XLII, p. 496.

Kufferath. — Traitement des fibromes pendant la grossesse. *Journal de med. de Bruxelles*, 1909, t. XIV, n° 26.

Kitner. — Opération césarienne avec hystérectomie totale. *Journal akrouch. i jens. bolez*, t. XXX, janvier 1914.

Lapeyre et Rouvière. — Fibrome et grossesse. *Montpellier médical*, 15 février 1914.

Ladinski. — Myomectomie pour fibromes compliquant la grossesse. *Ann. journal Obst.*, 1910.

Lampton Smith. — Tumeur fibreuse du ligament large. *Th. Montréal med. journ.*, 1909.

Lepage. — Fibromes et grossesse. *Soc. Obst. et gynéc. de Paris, Bull.*, t. XIII, n° 6.

— Dystocie par fibromes utérins. *Soc. Obst. et gyn. de Paris*, 1900, t. II, p. 62.

Léjars. — Note sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. *Ann. de gynec.*, 1906, p. 577.

Legueu. — Troubles urinaires provoqués par les fibromes du col. *Journal d'urologie*, t. I, n° 1. 1912.

Lemeland. — De la torsion des fibromes utérins interstitiels et sous-muqueux. *Th. Paris*, 1908-1909.

Lewers.— Fibrome rétropéritonéal de 13 livres 1/2 enlevé par hystérectomie. *Br. med. journ.*

Lockyer. — Trois cas de fibromes du col. *Brit. med. journ.*, 1904, p. 1081.

Levison. — Hématométrie causée par un fibrome du col. *Am. j. obstét. de N. Y.*, 1906, LIII, p. 671.

Lysbrand Bonifields. — Fibrome et grossesse. *Am. j. of. Surg.* 1909, t. XXIII, n° 9.

Lynch. — Tumeurs pelviennes compliquant la grossesse et l'accouchement. *Ann. f. obstét.*, 1913, n° 429.

Mac Larren. — 131 cas de fibromes ayant nécessité l'intervention. *Ann. of Surg.*, juillet 1909, t. L.

Mazet.— Occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus. *Th. Bordeaux*, 1906-1907.

Mauclaire. — Fibrome pelvien rétro-cervical enlevé par énucléation après hémisection totale. *Soc. anat. de Paris*, 1902, p. 319.

Martin. — *Lyon médical*, 1911, n° 28, p. 67.

Mauclaire. — De la conduite à tenir dans les fibromes au cours de la grossesse. *Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 1907.

Mazet et Tixier. — Fibrome utérin intraligamentaire. *Société internationale de médecine de Lyon*, 1er mars 1910.

Martin-Aguilar. — Myomectomie et hystérectomie totale pour fibromes utérin intraligamentaire, *Gazette de méd. et chirurgie d'Espagne*, 1906, XXIV, p. 499.

Mouchotte. — Fibrome compliquant la grossesse et déterminant des accidents graves. *Ann. de gynéc. et obst.*, février 1911.

Méhent. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. *Th. Paris*, 1902.

Minvielle. — Troubles de la miction dans les fibromes utérins *Th. Paris*, 1909-1910.

Meisenbach. — Fibromes du col et du corps utérin. *Journ. Missouri méd. assoc.*, 1905-1906, II, p. 238.

Morison. — Fibromes du col de l'utérus. *Lancet*, 1907, p. 354.

Nivet. — Contribution à l'étude de l'énucléation des fibromes. *Th. Paris*, 1905.

Nicolsky. — Evolution et complication des fibromes utérins. *Th. Paris*, 1912-1913.

Noble. — Etude des complicatious et dégénérescence dans 2.274 cas de fibromes utérins. *J. obst. a. gynéc. Brit. Trup.*, 1906, p. 436.

Oui. — Morcellement et énucléation par voie vaginale de volumineux fibromes du col et du corps. *Echo médical du Nord*, 1906, X, p. 374.

Ozenne. — Avantages de l'énucléation. *Journal de médecine de Paris*, 1904, p. 407.

Ott. — Résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromes rétropéritonéaux (rétrocerviceux) de l'utérus et de l'importance de la myomectomie conservatrice. *Ann. gynéc. et obst.*, 1900, LIV, p. 306.

O' Callaghan. — Fibrome intraligamentaire et sous-muqueux enlevé par hystérectomie abdominale. *Brit. gynéc.*, 1902, 3-4.

Peham (cité par Mauclaire). — *Centralblt. f. gynæk*, 25 janvier 1902.

Pfister. — Un cas de fibrome du col. *Munchen*, 1902.

Pellegrini. — Fibromyome voluminenx rétro péritonéal avec symptômes urinaires. *La gynécologia*, 17 avril 1913.

Péraire. — Fibrome cervical sessile à développement antérieur. *Soc. anat. de Paris*, 1906, XXXI, p. 615.

Perdoux. — Myomectomie dans une grossesse de 3 mois pour myome enclavé. *Arch. prov. de chir.*, t. XXII, n° 7, 1913.

Piquand et Loubeyre. — Fibrome du col et épithélioma du corps. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1909.

Poux. — Dystocie par kyste placentaire coesistant avec un fibrome du segment inférieur. *Toulouse médical*, 1903, p. 44.

Puech. — Utilité de l'intervention précoce dans les accouchements compliqués de fibromes utérins. *Montpellier médical*, 1910.

Pellanda. — La mort dans les fibromes utérins. *Th. Lyon*, 1904.

Perrot. — Fibromes inclus intraligamentaires. *Th. Lyon*, 1906.

Pinard. — Fibrome et grossesse. *Annales de gynéc.*, 1901.

Pozzi. — La myomectomie abdominale. *Presse médicale*, 1908, t. XVI, n° 108.

Poupko. — Fibromyomes évolution et pathogénie. *Th. Paris*, 1912-1913.

Quénu. — Fibrome et grossesse. *Bull. et mém. Soc. chirurg.*, 1902.

Rabinowitz. — Myome du col de l'utérus. *Surg. gyn. obst.*, 1912, t. XV, n° 6.

Reder. — Myome du col de l'utérus. *Ann. f. obst.*, 1908, LVIII, 5 nov.

Russell Andrews. — Un cas d'hystérectomie pour fibrome au cours de la grossesse. *Proc. Roy. Soc. of méd. London*, 1910.

Rabère. — Fibrome utérin développé aux dépens de la portion latérale gauche du col. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911, n° 51.

— Volumineux fibrome rétropéritonéal. *C. Rendus de la Soc. d'Obst. et gynéc. de Paris*, 1900, p. 196.

Reiffersheid. — Myome du col myome kystique sur un utérus gravide. *Deut. mediz. Wochensch*, 1912.

Rubeska. — Sur les opérations conservatrices pour myome. *Zentralbl. f. gynak.*, n° 36, 4 sept. 1909.

Ruttermann. — Opération césarienne pour placenta prævia compliqué de fibrome. *Deut. mediz. Wochens*, t. XXXV, n° 26, 1909.

Rudaux. — Dystocie par fibrome du segment inférieur. *Soc. Obst. et gynéc. de Paris*, 1909, p. 196.

Rouffard. — Fibrome utérin à développement rétropéritonéal. *Journal de chirurg. et annales de la Soc. Belge*, VI, 1906, p. 432.

Routier. — Intervention pour fibromes compliqués de grossesse. *Bull. et mém. Soc. Chirurgie, Paris*, 1902, p. 421.

Sanes. — Myomectomie vaginale pendant le travail pour fibromes intrapéritonéaux. *Ann. J. of. Obst.*, 1910, t. LXI, n° 1.

Sampson. — Influence des myomes sur l'irrigation de l'utérus. *Ann. J. Obst.*, 1912, t. LVVI.

Santy et Tixier. — Gros fibrome sous-muqueux du segment inférieur. *Lyon médical*, n° 5, 1914.

Schauta. — Deux cas de myome du col utérin. *Zentral. fur. gynak.*, 1910.

— Myomes du col rétrovésicaux *Allgemeine. Wiener. Medim. Zeit.*, 1905.

— Sur le traitement moderne des fibromes utérins. *Wiener. mediz. Wochenschr*, t. XLIII, 1er janvier 1913.

Schickele. — Étude anatomique et clinique sur les fibromes du col. *Zeitschr. f. Gebartsch. u. gynæk*, LXXV, B. 3 H, p. 684, 1914.

Sfameni. — Dans les fibromes utérins à développement intra-cervico-segmentaire, l'hystérectomie vaginale n'est pas possible. *La ginecologia*, t. X, n° 10, 1913.

Scot. — Un cas de fibrome du col de l'utérus. *Med. a. Surg. Journal Edinburg*, 1906, t. XIX, p. 419.

Slavtecheff. — Un cas de de fibrome du col utérin. *Lietopis na tekiaria saiouz* v. *Bulgaria*, t. X, n° 7 et 8.

Smith. — Gros fibrome du col. *Norwest medical Seattle*, 1905, III, 21.

Smead. — Fibromes du col. *Am. j. obst.*, t. LXI, nov. 1911.

Stark. — Fibrome du col utérin pesant 17 livres 1/2. *J. obst. a. gynec. Brit. Empire*, 1790, p. 486.

Sorel. Fibrome utérin subtotal, sept ans après récidive de myomes dans le col. *Lyon médical*, 1906, p. 1244.

Secheyron. — De l'extirpation des fibromes inclus dans la grossesse. *Semaine gynécol.*, Paris, 1900, p. 297.

Stieber et Garipuy. — Fibrome prævia. Opération césarienne conservatrice. *Bull. reunion Obst. et gynec. de Bordeaux*, 7 février 1912.

Spencer. — Césarienne postérieure suivie d'hystérectomie totale pour fibromes. *Soc. Roy. Med. de Londres*, 9 déc. 1909.

Sutton. — Etude anatomique et clinique des fibromes du col *Lancet*, 1904, p. 931.

Szinianski. — Fibrome du col utérin. *Przeglad Chirurgie, zuy. gynekologiczui*, t. VIII, n° 3, 1913,

Schottelius. — Myome rétro-cervical. *Monats. f. geburtsch. u. gynak.*, 1909.

Tate. — Deux cas de fibromes du col traités par hystérectomie, *Trans. Obst. Soc. London*, 1904, XLIX, p. 173.

Taylor. — Fibrome de l'utérus gravide, myomectomie. *Ann. f. Obst.*, 1910.

Thévenard. — Grossesse et fibrome. *Paris chirurgical*, oct. 1910.

Tridondani. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des fibromes du col utérin. *Annali di Ostetr. y. ginecol.*, 1900, XXII, p. 553.

Vallois. — Dystocie par fibrome prævia, operation césarienne, hystérectomie, guérison. *Réunion obstétricale et gynécol. de Montpellier. Bull.*, t. II, n° 4, 1913.

Venot. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins. *Ann. de gynécologie*, 1907, p. 287.

— Fibromes du col de l'utérus. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911, n^{os} 25 et 26.

Varnier. — De la tolérance des fibromes au cours de la grossesse. *Ann. de gynéc.*, 1901, t. XLVI, p. 91.

Vialle. — Des fibromes utérins. *Th. Montpellier*, 1912-1913.

Viannay. — Castration abdominale totale pour fibromes utérins, dont un enclavé intraligamentaire. *Loire Médicale*, t. XXIX, 15 avril 1910, p. 195.

Villar. — Volumineux fibrome développé aux dépens du col et inclus dans le ligament large. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906, XXVIII.

Vitry. — Fibromes développés aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. *Soc. anat. Paris*, 1902, p. 659.

Violet. — L'hémisection utérine dans les fibromes cervicaux postérieurs. *Lyon médical*, déc. 1909, n° 52, p. 1135.

Voron et Volmat. — Fibrome utérin et grossesse. *Soc. obst. et gynéc. de Lyon. Bull.*, t. II, n° 13, 1913.

Wagner. — Fibrome de la lèvre postérieure du col. *Am. j. Obst. N. Y.*, 1903, p. 231.

— Gros fibrome du col utérin et segment inférieur. *Journal Obst. N. Y.*, 1903, XLVII, p. 223.